Revista Mexicana de Investigación en Psicología

Volumen 4, número 1 , 2012

ISSN 2007-0926

- Estructura factorial y fiabilidad de la escala sobre conducta de abandono del trabajo
- Prácticas de crianza y funciones ejecutivas
- Programa de tratamiento para la obesidad en niños

Revista Mexicana de Investigación en Psicología

Editor General
Pedro Solís-Cámara R.
Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de la Ciénega, México

Editores Asociados
Felipe Cabrera González
Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de la Ciénega, México

Pablo Covarrubias Salcido
Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de la Ciénega, México

Ángel Andrés Jiménez Ortiz
Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de la Ciénega, México

Raúl Medina Centeno
Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de la Ciénega, México

Editor Administrativo
Yolanda Medina Cuevas
Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de la Ciénega, México

Corrección de Estilo
Olga Edith López Abril
Mg. en Lingüística Española, Colombia

Consejo Editorial
Guadalupe Acle Tomasini
Universidad Nacional Autónoma de México, FES-Zaragoza

Imelda G. Alcalá Sánchez
Universidad Autónoma de Chihuahua, México

Felipe de Jesús Díaz Reséndiz
Universidad de Guadalajara. Centro Universitario del Sur, México

Rolando Díaz-Loving
Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología

Luz de Lourdes Eguiluz
Universidad Nacional Autónoma de México, FES-Iztacala

Carlos J. Flores Aguirre
Universidad de Guadalajara. CUCBA, México

Andrés García García
Universidad de Sevilla, España

Agustín Daniel Gómez Fuentes
Universidad Veracruzana, México

Yolanda Guevara Benítez
Universidad Nacional Autónoma de México, FES-Iztacala

Germán Gutiérrez
Universidad Nacional de Colombia

Ma. del Rocío Hernández del Pozo
Universidad Nacional Autónoma de México, FES-Iztacala

Carlos Ibáñez Bernal
Universidad Autónoma de Chihuahua, México

Juan José Irigoyen Morales
Universidad de Sonora, México

Ma. Asunción Lara Cantú
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñoz, México

Antonio López-Espinoza
Universidad de Guadalajara, CICAN, México

Serafín Mercado Domenech
Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología

Ma. Montero López
Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología

Patricia Ortega-Andeane
Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología

María Antonia Padilla Vargas
Universidad de Guadalajara, Centro de Estudios e Investigaciones en Comportamiento, México

Blanca E. Pelcastre Villafuerte
Instituto Nacional de Salud Publica, México

Marco A. Pulido Rull
Universidad Intercontinental, México

Rebeca Robles García
Instituto para el Fortalecimiento de Capacidades en Salud: FOCUS Salud México, S.C.

Rozzana Sánchez Aragón
Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología,

Mario Serrano
Universidad Veracruzana, IPE, México

Mateu Servera Barceló
Universidad de las Islas Baleares, IUICS, España

Silvia Valencia Abundiz
Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, México

Javier N. Vila Carranza
Universidad Nacional Autónoma de México, FES-Iztacala

Ma. Guillermina Yáñez Téllez
Universidad Nacional Autónoma de México, FES-Iztacala

Revista Mexicana de Investigación en Psicología. Año 4, No. 1, junio 2012, es una publicación semestral editada por Pedro Solís-Cámara Resendiz., San Felipe No. 91, Hacienda de San Agustín Tlajomulco de Zuñiga, Jalisco, México, CP. 45645, Tel.: (52-33) 3686-2267. www.revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com, editorrmip@revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com. Reservas de derechos al Uso Exclusivo No. 04-2009-073113182300-102, ISSN 2007-0926. Este número se terminó de imprimir el 10 de junio de 2012 por Imagia Comunicación S de RL de CV, Facundo 1304, Col. Unidad Modelo, CP 44420, Guadalajara, Jal., con un tiraje de 100 ejemplares.

Los trabajos firmados son exclusiva responsabilidad de los autores. Para reproducir cualquier texto de la revista, es necesaria la autorización por escrito del editor.

PRESENTACIÓN

La *Revista Mexicana de Investigación en Psicología (RMIP)* es el órgano oficial del *Sistema Mexicano de Investigación en Psicología (SMIP)* y es Auspiciada por el Centro Universitario de la Ciénega, de la Universidad de Guadalajara. La RMIP **(ISSN: 2007-3240; versión electrónica. ISSN: 2007-0926; versión impresa)** es una revista de acceso gratuito (**Open Access Journal**). La RMIP se publica dos veces al año (Junio y Diciembre), tanto en papel como en Internet. Los objetivos y sistemas editoriales de cada uno de los números son diferentes, pero ambos comparten el Sistema de Acceso Libre; en este sistema cualquier persona interesada puede bajar los artículos a su computadora, por lo que éstos son más leídos y citados que los artículos de revistas con un costo.

No se requiere ser miembro del SMIP para proponer manuscritos. Los artículos publicados en la RMIP representan la opinión de sus autoras/res y no reflejan necesariamente la posición del Editor, del SMIP, ni del Patrocinador. La responsabilidad por la exactitud de los contenidos del manuscrito, incluyendo las citaciones y referencias, recae completamente en las/los autores.

Sistema Abierto de Contribuciones Originales

La RMIP tiene el propósito de ser receptiva a contribuciones originales en investigación y en intervención, tanto como en su integración. La RMIP alienta la inclusión de artículos que reflejen la naturaleza inter y transdisciplinaria de la psicología. La RMIP incluye artículos en todos los tópicos de la psicología siempre que cumplan, inicialmente, con redacción clara y sigan el Manual de Estilo de Publicaciones de la APA (2da. Edición en español, 2002. Editorial El Manual Moderno). Se aceptarán manuscritos para revisión en el entendido de que el trabajo propuesto no fue publicado anteriormente, ni será sometido a otro medio, y que todas las personas incluidas como autores han dado su aprobación.

El primer número de cada año (Junio) utiliza el **Sistema Abierto de Contribuciones Originales**, que publica artículos empíricos, teóricos y aplicados, sin restricción de área o enfoque dentro del amplio campo de la psicología. Las instrucciones y políticas específicas para el proceso de preparación y publicación para el primer número anual, se pueden consultar en este sitio web en la sección de Instrucciones.

Sistema de Comentarios Abiertos por Colegas

La RMIP invitará a colegas a someter manuscritos para ser comentados por otros(as) colegas; también considerará auto propuestas, siempre que cumplan, inicialmente, con rigor conceptual y metodológico, redacción clara y sigan el formato APA (2da. Edición en español. Editorial El Manual Moderno). No se aceptarán manuscritos que hayan sido publicados, aún parcialmente, en otras revistas o libros, por lo que al enviar una propuesta se acepta implícitamente esta restricción y responsabilidad.

El segundo número de cada año (Diciembre) utiliza el **Sistema de Comentarios Abiertos por Colegas**. Se publicarán manuscritos provocadores (artículo-objetivo), que por sus características conceptuales y/o metodológicas puedan representar una contribución significativa en cualquier área y enfoque de la psicología. Los manuscritos se publicarán junto con los comentarios de las/los colegas (artículos-comentario), y con la respuesta de las/los autoras(es) (artículo-respuesta) a tales comentarios. La intención es la de facilitar un espacio que se comparta para motivar la comunicación; pero sobretodo fomentar un semillero de ideas e investigaciones en psicología, en el que se critique y se discuta abiertamente con el objeto de promover tanto el desarrollo de la teoría como la investigación empírica en psicología. Las instrucciones y políticas específicas para el proceso de preparación y publicación de manuscritos para el segundo número anual, se pueden consultar en este sitio web.

Derechos:

En el caso de que un manuscrito sea aceptado para su publicación, las/los autoras(es) autorizan a la RMIP la reproducción del manuscrito en cualquier medio y formato, físico o electrónico, incluyendo Internet; sin embargo, las/los autoras(es) podrán reproducir sus artículos con fines académicos, de divulgación o enseñanza.

Suscripciones:

La RMIP es de **acceso libre** tanto en su versión impresa en papel como en la digital. Las personas interesadas en bajar los contenidos a su computadora pueden hacerlo libremente, desde este sitio web. Sin embargo, las personas interesadas en recibir la versión impresa en papel, deberán cubrir los costos del envío. Por favor entrar a la sección de *Suscripciones* y seguir las indicaciones señaladas en las Condiciones Generales. Para cualquier aclaración al respecto, dirigirse a la Editora Administrativa: **ymc@revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com** Esta dirección electrónica esta protegida contra spam bots. Necesita activar JavaScript para visualizarla

Dirección de la RMIP:

Av. Universidad #1115 Col. Linda Vista 47820.
Ocotlán, Jalisco, México Tel.: (52-392) 92-59400, ext. 48496.
Correo-e: **editorrmip@revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com** Esta dirección electrónica esta protegida contra spam bots. Necesita activar JavaScript para visualizarla
Auspiciada por el Centro Universitario de la Ciénega,
Universidad de Guadalajara, México

Revista Mexicana de Investigación en Psicología

sumario

2012
• Volumen 4
• Número 1

® DERECHOS RESERVADOS POR LA REVISTA MEXICANA DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA

Sistema Abierto de Contribuciones Originales
Open System for Original Contributions

CONTRIBUCIONES ORIGINALES/ RESEACH CONTRIBUTIONS

2 **CAdT-30: Estructura factorial y primera aproximación al estudio de su fiabilidad de la escala sobre conducta de abandono del trabajo.**

CAdT -30: Factor structure and preliminary study of reliability of the withdrawal behavior scale.

Joan Boada-Grau[1], Sergi Macip-Simó[2], Carme Gil-Ripoll[3], Andreu Vigil-Colet[1], Esteban Agulló Tomás[4] y Raúl Medina Centeno[5]

[1]Universitat Rovira i Virgili-Tarragona, España.

[2]Ayuntamiento de "Vandellós i Hospitalet de l'Infant"-Tarragona, España.

[3]Escuela de Alta Dirección y Administración, Barcelona, España.

[4]Universidad de Oviedo, España.

[5]Universidad de Guadalajara, México.

14 **Adaptación del Cuestionario de Violencia Escolar en estudiantes de educación secundaria de México.**

Adaptation of the Questionnaire of School Violence in students of junior high-school of Mexico.

Luz Adriana Orozco Ramírez, José Luis Ybarra Sagarduy y Venustiano Guerra López.

Universidad Autónoma de Tamaulipas, México.

CONTRIBUCIONES TEÓRICAS Y REVISIONES CONCEPTUALES/ THEORETICAL CONTRIBUTIONS AND CONCEPTUAL REVIEWS

24 **Impacto de las prácticas de crianza sobre el desarrollo de las funciones ejecutivas durante la infancia. Una revisión de la literatura.**

Parenting influences on executive functions development during childhood. A review.

Florencia Stelzer, Mauricio Cervigni y Pablo Martino.

Universidad Nacional de Rosario. Argentina.

37 **Investigación e intervención en psicología de la salud: un estudio bibliométrico de revistas editadas en México en el periodo 2005-2010.**

Research and intervention in psychology and health: A bibliometric study of journals edited in Mexico in the 2005-2010 period.

Julio Alfonso Piña López.

Investigador Independiente.

Hermosillo, México.

Imagia Comunicación: servicios integrales para revistas; diseño, edición, impresión, portal Web, distribución física y electrónica, actualización de BD. Tel: (33) 3615-2233 o (33) 3616-7221. Correo electrónico: contacto@webimagia.com
Diseño: Nayeli Zaragoza

INFORMES Y ESTUDIOS DE CASO/
REPORTS AND CASE STUDIES

50 **Resultados preliminares de un programa de tratamiento integral para la obesidad en niños mexicanos**

Preliminary results of a comprehensive treatment program for obesity in Mexican children.

Carlos Alberto Martín Mosqueda[1] y Rebeca Robles García[2]

[1]Instituto Mexicano de Psicoterapia Cognitivo Conductual, México.

[2]Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, México.

58 **Depresión: estudio comparativo en adultos mayores asistentes y no asistentes a los clubes del DIF de la Ciudad de México.**

Depression: comparative research on elder persons attending or not to DIF clubs in Mexico City.

Alma Gregoria Ayllón Hernández[1], Rosalinda Guadarrama Guadarrama[2] y Octavio Márquez Mendoza[3].

[1]Centro Universitario UAEM Temascaltepec, México.

[2]Facultad de Ciencias de la Conducta, UAEM, México.

[3]Centro de Investigaciones Médicas, UAEM, México.

67 **Vivencia del joven con osteosarcoma: estudio de dos casos.**

Lived experiences of young people with osteosarcoma: study of two cases.

María del Consuelo Cabral Gallo[1], Alma Olga Delgadillo-Hernández[1] y Enrique Martínez-Curiel[2].

[1]Instituto de Investigación de Cáncer en la Infancia y la Adolescencia, México.

[2]Universidad de Guadalajara, México.

Contribuciones originales

Reseach Contributions

CAdT-30: Estructura factorial y primera aproximación al estudio de su fiabilidad de la escala sobre conducta de abandono del trabajo

Joan Boada-Grau[1], Sergi Macip-Simó[2], Carme Gil-Ripoll[3], Andreu Vigil-Colet[1], Esteban Agulló Tomás[4] y Raúl Medina Centeno[5]

[1]Universitat Rovira i Virgili-Tarragona, España
[2]Ayuntamiento de "Vandellós i Hospitalet de l'Infant"-Tarragona, España
[3]Escuela de Alta Dirección y Administración, Barcelona, España
[4]Universidad de Oviedo, España
[5]Universidad de Guadalajara, México

Resumen

El presente artículo estudia las propiedades psicométricas de una escala (CAdT-30) creada con el objetivo de detectar la disminución del esfuerzo, los retrasos y las ausencias en el trabajo. Con este propósito se administró un conjunto inicial de 74 ítems relacionados con las conductas de abandono del trabajo a 356 trabajadores pertenecientes a distintas empresas, incluyendo tanto a trabajadores cualificados como a no cualificados. El análisis factorial exploratorio de dichos ítems mostró una estructura constituida por cuatro factores: el enmascaramiento de situaciones personales, el disfrute de permisos y licencias legales, la dilación en el tiempo, y los distractores y el uso de recursos de la organización. Con el objetivo de obtener una escala de menor longitud, se seleccionaron los 30 ítems con saturaciones más elevadas en los factores mencionados. Las cuatro escalas así obtenidas mostraron unas fiabilidades apropiadas. A partir de estos resultados, la presente escala puede convertirse en un instrumento de gran utilidad para evaluar de manera apropiada las conductas de abandono del trabajo.

Palabras claves: *conductas de abandono, absentismo, ausencias por enfermedad, retrasos, estudio instrumental.*

CAdT -30: Factor structure and preliminary study of reliability of the withdrawal behavior scale

Abstract

This paper analyzes the psychometric properties of a scale (CAdT-30) developed with the purpose of detecting effort decreases, lateness and absences at the job. With this purpose we administered a pool of 74 items related to job absenteeism which were administered to 356 qualified and non qualified workers belonging to different trades. Exploratory factor analysis revealed a four factor structure consisting of masking of personal situations, legally justified absences, lateness and unjustified absences and unjustified use of company resources. In order to get a shorter scale we selected the 30 items with best loadings on these four factors. The resulting scale showed good reliability values. Taking it into

Esta investigación ha sido realizada gracias a la subvención recibida del Ministerio de Ciencia e Innovación (MICINN), proyecto con la referencia DER2010-21686-C02-02.
Dirigir toda correspondencia sobre este artículo a: Joan Boada-Grau, Facultad de CCEE y Psicología, Centro de Investigación en Evaluación y Medida de la Conducta, Universitat Rovira i Virgili, 43007, Tarragona (España).
Correo electrónico: joan.boada@urv.cat
RMIP 2012, 2-13.
ISSN-impresa: 2007-0926
www.revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com
Derechos reservados ®RMIP

account the CAdT-30 scale may be a tool of great value to assess job withdrawal behaviors.

Key words: *Withdrawal behavior, absenteeism, sickness absence, lateness, instrumental study.*

INTRODUCCIÓN

El absentismo laboral, entendido como una de las muchas conductas de abandono del trabajo que pueden tener los empleados, costó a las organizaciones y empresas españolas, en 2008, 12 700 millones de euros (2 500 euros al año de media por empleado), lo que equivale al 1% del PIB español (E.F.R, 2009). De hecho, mientras que la tasa española de absentismo laboral en las organizaciones se encuentra en el 5.3%, en las Empresas Familiarmente Responsables este porcentaje desciende hasta una media del 3%. Según el informe del Observatorio de la Empresa Familiarmente Responsable (E.F.R, 2009) la implantación de medidas de flexibilidad laboral y de conciliación de vida laboral y familiar podría reducir la tasa de absentismo laboral española de dos a tres puntos, lo que supondría un ahorro de 5 000 millones de euros al año para la economía española.

Las conductas de abandono (*withdrawal behavior*) del trabajo incluyen la disminución del esfuerzo en el trabajo, los retrasos, las ausencias y la rotación (Sagie, Birati, & Tziner, 2002), conceptos que han sido utilizados como indicadores para su evaluación (Koslowsky & Dishon-Berkovits, 2001). Estas conductas describen comportamientos desfavorables en el trabajo (Hanisch & Hulin, 1990), en las organizaciones (Seitz, Hulin, & Hanisch, 2000) y, en múltiples ocasiones, expresan la intención y el deseo de una persona de dejar su empleo actual. Asimismo, son muy costosas y perjudiciales tanto para el bienestar de las organizaciones (Griffeth, Hom, & Gaertner, 2000) como para la potenciación en el empleado de comportamientos de ciudadanía (Ladebo, 2005) dentro de la empresa.

Una de las conductas de abandono del trabajo más importante es el absentismo laboral. Nicholson (1977) considera que el absentismo puede ser entendido de tres maneras distintas. La primera, como una evitación laboral (*pain-avoidance*), lo considera como un mecanismo de escape o huida ante las experiencias negativas del trabajo. La segunda, como ajuste laboral (*adjustement to work*), lo conceptualiza como el resultado de la actitud que toma el empleado ante los cambios y las renegociaciones de su contrato psicológico con la organización. Y tercero, como una decisión (*decision making*) que adopta el empleado como un tipo de conducta racional, tomada libremente a partir de valores de escape o retirada. Por otro lado, Rhodes y Steers (1990) consideran que el absentismo laboral es un fenómeno universal costoso tanto para la organización como para el empleado, influenciado por una constelación de diferentes factores interrelacionados y asociado a un número importante de consecuencias.

EL MODELO DE STEERS Y RHODES

En el ámbito del absentismo, el modelo de Steers y Rhodes (1978; 1980) ha sido muy citado en la literatura científica (Burton, Lee, & Holtom, 2002). En el presente modelo, la conducta de asistencia al trabajo del empleado está determinada, principalmente, por sus capacidades y por su motivación a asistir; así, la motivación está influenciada por la satisfacción personal, las condiciones laborales y otros aspectos, como las condiciones económicas, el compromiso con la organización, etc.

En una primera aproximación, Porter y Steers (1973) consideran que las causas del absentismo se relacionan con cuatro tipos de factores: los organizacionales, los del entorno inmediato de trabajo, los relacionados con el trabajo y los personales. Posteriormente, Steers y Rhodes (1984), después de una profunda revisión, identifican 209 variables que causan el absentismo laboral. Estas variables pueden agruparse en ocho categorías: actitudes de trabajo, factores econó-

micos y de mercado, factores organizacionales, factores del medio laboral, satisfacción laboral, factores personales, factores externos (temperatura, horas de sol, etc.) y el cambio organizacional. Sin embargo, la última evolución del modelo (Rhodes & Steers, 1990) considera otros ámbitos como causantes del absentismo: (1) las prácticas organizacionales, tales como políticas de control de absentismo, factores de diseño del trabajo, prácticas de reclutamiento y selección, y expectativas claras de trabajo; (2) la cultura absentista de la organización; (3) las actitudes, los valores y las metas del empleo, por ejemplo, relatos sobre las actitudes de trabajo, ética personal de trabajo, centralidad del trabajo y expectativas de trabajo; (4) las barreras de asistencia, entre las que se encuentran enfermedades y accidentes, responsabilidades familiares y problemas de transporte; (5) la percepción de la capacidad de asistencia; (6) la motivación de asistencia; y (7) la asistencia del empleado.

LA EVALUACIÓN DE LAS CONDUCTAS DE ABANDONO DEL TRABAJO

La medición de las conductas de abandono del trabajo ha sido muy diversa, dispersa y variopinta. En primer lugar, se han utilizado escalas autoinformadas como la de Paget, Lang y Shultz (1998), que determina las causas voluntarias e involuntarias de las ausencias (dos factores y 13 ítems) y como la de Baba (1990), que ha evaluado las actitudes de ausencia en el trabajo (5 ítems). También se han utilizado preguntas abiertas (Thomson, Griffiths, & Davison, 2000) que forman parte de una entrevista no estructurada. Las escalas autoinformadas presentan algunas ventajas: (1) miden las respuestas del empleado en relación a la organización donde trabaja; (2) son sensibles a lo que creen, piensan y hacen los empleados; (3) reducen el tiempo dedicado a dar respuestas; (4) permiten una evaluación rápida; (5) aportan información inicial valiosa; (6) reducen los costes en el registro de los datos; y (7) permiten la combinación con otras estrategias de evaluación, como la observación.

En segundo lugar se encuentra la presencia física, que también se ha utilizado como criterio de valoración. A ello hace referencia el *Factor Bradford* (Bowers, 2001), en el que se registran las presencias en el puesto de trabajo; este es el procedimiento más utilizado en la industria.

En tercer lugar, uno de los recursos más utilizados ha sido el cómputo de las ausencias (o no presencia) en el trabajo, excluidos los días de vacaciones en los últimos 6 meses (Paget et al., 1998), en los últimos 12 meses (Gil-Monte, 2008; Hardy, Woods, & Wall, 2003) o en los últimos años (Avery, Mckay, Wilson, & Tonidandel, 2007). También Conte y Jacobs (2003) combinan la duración en días y la frecuencia (en número de veces) de las ausencias.

En cuarto lugar, otra forma de valoración está conformada por las ausencias por enfermedad (*sickness absence*). Ehrenberg, Ehrenberg, Rees y Ehrenberg (1991) ofrecen tres categorías de medida: las enfermedades graves, las enfermedades menores–en las que el empleado tiene la facultad discrecional, según el informe médico, de ir al trabajo–y las «vacaciones pagadas»–en las que el empleado presenta informes de enfermedad cuando no se manifiestan problemas de salud–. Otros autores (Caverley, Cunningha, & MacGregor, 2007; De Jonge, Reuver, Houtman, Bongers, & Kompier, 2000; Engström & Eriksen, 2002; Demerouti, Geurts, Bakker & Euwema, 2004; Ng. & Feldman, 2008) hacen referencia al número de días que no se fue al trabajo a causa de alguna enfermedad durante los últimos 12 meses. Fried, Melamed y Ben-David (2002) añaden la cantidad de episodios en los que se ha estado enfermo en los últimos 12 meses. En el mismo sentido, Warr (1996) propone el índice de tiempo perdido y el índice de frecuencia respecto a los últimos 12 meses. Otras variantes las plantean tanto Peterson, Demerouti, Bergström, Åsberg, & (2008), que partiendo de las ausencias por enfermedad

durante los últimos 12 meses, proponen cinco alternativas de respuesta: 0 días, 1–7 días, 8–24 días, 25–99 días o 100–365 días; asimismo Greiner, Krause, Ragland y Fisher (1998) dicotomizan las ausencias por enfermedad (de 0 días a 12 días=0, de 13 días o más=1).

La quinta forma de cálculo se basa en los retrasos (*lateness*) en cuanto a la puntualidad. Así, Adler y Golan (1981) utilizaron el índice de llegar más de 7 minutos después del inicio del horario previsto, realizando dos medidas: el número de días que un empleado llega tarde al trabajo y el número de minutos lo hace. En otros estudios (Koslowsky, 2000; Koslowsky & Dishon-Berkovits, 2001) se considera que los empleados se retrasan si llegan uno o más minutos después de la hora de inicio; cada vez que un empleado arriba tarde al trabajo, independientemente de la duración de tiempo, se toma como un incidente separado.

En sexto lugar, un conjunto de autores hacen referencia a la utilización de índices en los que se entremezclan diversos parámetros. Latham y Pursell (1975) definen el absentismo como el número de empleados que no están presentes en el trabajo, con la exclusión de aquellos que se encuentran enfermos. En este sentido, proponen tres maneras de medir el absentismo: el número de personas presentes en el trabajo, el número de ausentes por motivo de lesiones en el puesto de trabajo, y el número de ausentes por motivos distintos a las lesiones en el puesto de trabajo. Landstad, Vinberg, Ivergard, Gelin y Ekholm (2001) proponen distintos aspectos de medida: el total de días de ausencia por enfermedad (<15 días, 15-28 días, 29- 90 días , > 90 días); el número total de casos de ausencias por enfermedad (<15 días, 15-28 días, 29- 90 días , > 90 días), el número de veces de rehabilitaciones médicas, el número de días de vacaciones (1 día, 2 -3 días, > 3 días), el número de días personales (1 día, > 1 día), el número de días en que los padres solicitan permisos para el cuidado de los hijos enfermos (1 día, 2 -3 días, > 3 días) y el número de días de licencia paternal (1 día, 2 -3 días, > 3 días). También Burton y colegas (2002) utilizan medidas como las ausencias debido a cuestiones familiares, a enfermedades, al cuidado de los niños, a problemas de transporte, y no presentarse al puesto de trabajo.

Finalmente, una manera muy distinta de las anteriores sería calcular la presencia en el puesto de trabajo aun teniendo ciertas dolencias de salud (*sickness presenteeism*). Se trataría de medir durante los últimos 12 meses cuántos días un empleado ha trabajado a pesar de tener una lesión o una enfermedad (Caverley et al., 2007; Goetzel et al., 2004; Lowe, 2002) que justificara totalmente una ausencia en el trabajo por motivos de salud. También, Aronsson, Gustafsson y Dallner (2000) proponen cuatro alternativas de registro respecto a las presencias con dolencias de salud: nunca, 1 vez, 2–5 veces y más de 5 veces. A menudo se consideran enfermedades benignas que no obligan a una persona a no acudir al trabajo, pero que reducen su productividad. Estas enfermedades hacen referencia a dolores de cabeza, migrañas, alergias, depresión, problemas gastrointestinales, asma y dificultades de respiración.

Realizada la revisión de la literatura científica sobre las conductas y las actitudes de abandono del trabajo, se ha considerado necesaria la creación de un instrumento científico de evaluación, dada la inexistencia, hasta el momento, de un inventario autoinformado (Paget et al., 1998; Baba, 1990) en lengua española.

El objetivo del presente estudio es examinar los resultados obtenidos respecto a la estructura factorial y a la fiabilidad de la escala CAdT-30. Puede considerarse como un estudio instrumental, de acuerdo con la clasificación de las investigaciones propuesta por Montero y León (2007).

MÉTODO

Participantes

La muestra está compuesta por 356 empleados residentes en la Comunidad Autónoma de Catalunya. La media de edad es de 35.3 años (DE =

Tabla 1. Descripción de la muestra en función de variables socio-demográficas de los empleados y de las organizaciones

Ámbito	Variable		%
Empleados	Género	Hombre	56.3
		Mujer	43.7
	Estado Civil	Casados	46.3
		Solteros	53.7
	Nivel de formación académica	Estudios primarios (certificado escolaridad o similar).	11.2
		Educación secundaria (EGB, FP-I, etc.).	52.4
		Titulados medios (diplomaturas, IT o equivalente).	23.8
		Titulados superiores (licenciaturas, IS o equivalente).	9.8
		Doctores y másters.	2.8
	Categoría profesional	Técnicos y profesionales medios.	25.7
		Trabajadores cualificados (oficio).	43.2
		Trabajadores no cualificados (sin oficio).	19.5
		Otras categorías sin especificar.	11,6
Organizaciones y empresas	Sectores socioeconómicos	Primario (agricultura, ganadería, pesca y minería).	1.0
		Secundario (farmacéutica, química, metalúrgica, caucho y plástico, perfumería y cosmética, maquinaria y equipos, montaje, automóvil, maquinaria y electricidad).	62.6
		Terciario (servicios destinados a la venta, seguros, comercio, ventas y agencias viaje).	28.1
		Cuaternario (telecomunicaciones, informática, Internet, software y NN.TT).	1.9
		Administración pública.	6.4
	Tamaño (según el número de empleados)	< 15 empleados	30. 1
		16-30 empleados	11.2
		31-50 empleados	11.4
		51-100 empleados	7.9
		101-200 empleados	9.5
		201-500 empleados	10.3
		501-4.500 empleados	12.5
		4.501 < empleados	7.1

1.B.-Rango: 1.-- < 15 trabajadores. 2.-- 16 a 30 trabajadores. 3.-- 31 a 50 trabajadores. 4.-- 51 a 100 trabajadores. 5.-- 101 a 200 trabajadores. 6.-- 201 a 500 trabajadores. 7.-- 501 a 4.500 trabajadores. 8.-- 4.501 < trabajadores.

12.2). La antigüedad media en su trabajo actual es de 6.81 años (DE = 8.16), en su profesión es de 10.3 años (DE = 9.98), y en su empresa actual es de 8.29 años (DE = 9.96). La distancia media entre el lugar donde trabaja y la localidad donde reside es de 12.14 km (DE = 23.2). En la Tabla 1 se especifican las características personales de los participantes y se aportan datos de las organizaciones empleadoras.

Instrumento

Escala CAdT-30. El desarrollo del presente instrumento estuvo precedido de una revisión y un análisis de la literatura específica sobre las conductas de abandono del trabajo. Más adelante, un equipo de cuatro psicólogos investigadores utilizaron técnicas grupales como la lluvia de ideas o *brainstorming* (Canto, 2000; Gil, 2004; Osborn, 1953) y el *focus group* (Morgan, 1998a; 1998b) con empleados de cuello «blanco» y «azul», y también con directivos de empresas. La utilización de estas técnicas permitió generar ideas a partir de las cuales se crearon y se construyeron un total de 74 ítems relacionados con las conductas y actitudes de abandono del trabajo. El formato de respuesta es de cinco puntos (1 = nunca a 5 = siempre). Tal y como se expondrá en el apartado de resultados, los

análisis llevados a cabo sobre este banco de 74 ítems generaron el cuestionario definitivo formado por 30 ítems.

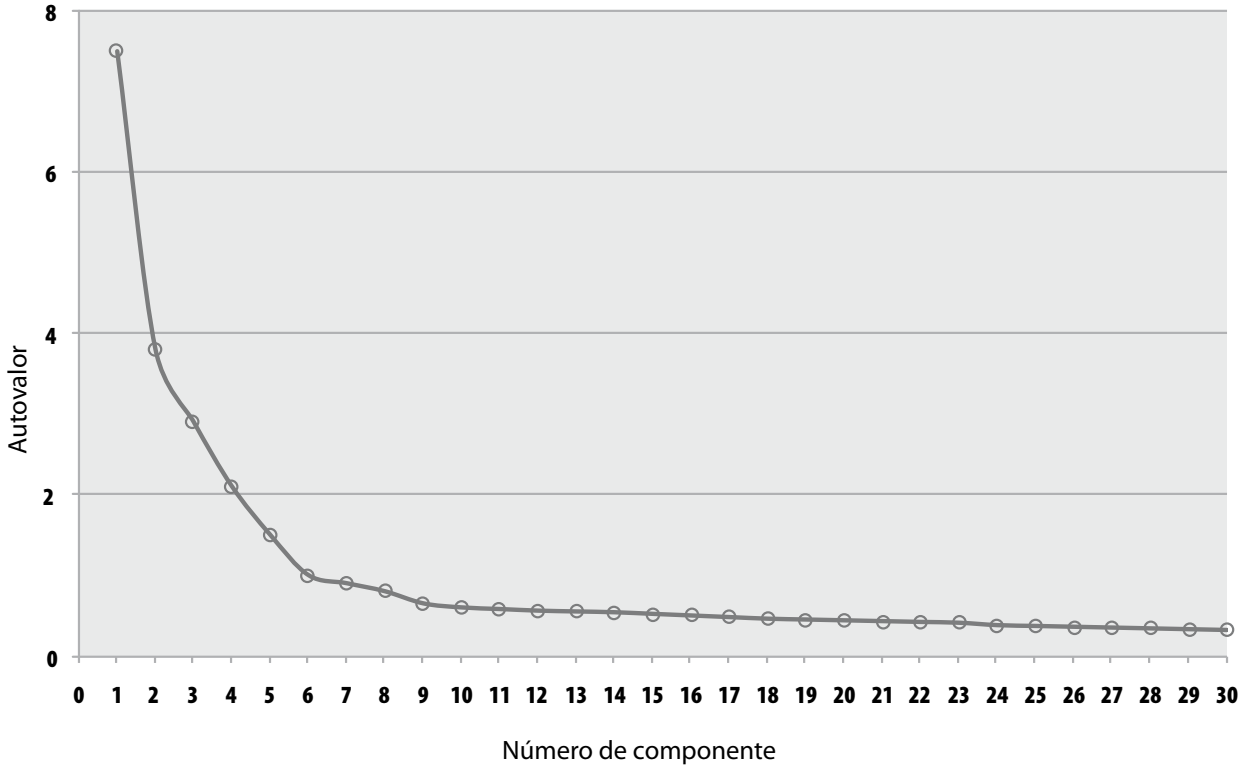
Procedimiento

Se utilizó el muestreo no probabilístico (Gómez, 1990; Hernández, Fernández, & Baptista, 2000), también denominado aleatorio-accidental (Kerlinger, 2001). Cada uno de los empleados contestó la escala (de 74 ítems) de forma voluntaria en su lugar de trabajo habitual, mediante la autoaplicación individual, previo consentimiento de los responsables de las empresas participantes. Varios psicólogos investigadores formados por los autores de esta investigación dieron instrucciones sobre cómo debían rellenarse la escala, y resolvieron las dudas planteadas por los participantes. Se garantizó totalmente la confidencialidad de los datos aportados por los participantes y el consentimiento informado, Así se cumplieron los cuatro requisitos para realizar el estudio: los participantes tuvieron la información necesaria sobre la investigación, comprendieron dicha información, tuvieron la capacidad de consentimiento y participaron voluntariamente (Mondragón-Barrios, 2009). La tasa de respuesta de los participantes fue del 61.2% y los cuestionarios anulados representan el 11.8%.

Análisis de datos

El análisis de datos se realizó por medio de los programas SPSS 15.0 y FACTOR 7.2 (Lorenzo-Seva & Ferrando, 2006). El uso del programa FACTOR para el análisis factorial exploratorio se debe a la posibilidad que ofrece de llevar a cabo el análisis utilizando matrices de correlación policóricas y porque proporciona diversos análisis que no están disponibles en el

Figura 1. Gráfico de sedimentación de la escala CAdT-30



SPSS, como el análisis paralelo. Se eliminaron todos los ítems con saturaciones bajas (menores de .35) o complejas (mayores que .30 en más de un factor).

RESULTADOS

En primer lugar, se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio sobre la matriz de correlaciones policóricas, con el fin de determinar la estructura factorial del cuestionario. La utilización de matrices de correlación policórica está especialmente indicada en los casos en que los ítems presentan un formato de respuesta tipo Likert (Muthen & Kaplan, 1992). Dado que el coeficiente multivariado de curtosis mostró la ausencia de normalidad multivariante, se utilizó el método de extracción el de mínimos cuadrados no ponderados, pues es preferible en este tipo de situaciones. La prueba de esfericidad de Barlett fue significativa (Chi cuadrado = 3869.49; $p < 0.01$), obteniéndose un índice Kaiser-Meyer-Olkin de 0.842, lo cual señaló la adecuación de los datos para la aplicación de un análisis factorial. Tal y como puede verse en la Figura 1, el *scree-test* (Cattell, 1966) recomendó una solución de cuatro factores. La aplicación del análisis paralelo recomendó asimismo la extracción de cuatro factores. La Figura 1 muestra el gráfico de sedimentación en el que se observan cuatro factores sugeridos que explican el 50.1% de la varianza.

Una vez establecida la solución factorial más adecuada, y con el objetivo de obtener una solución factorial simple, se utilizó el método de rotación Promin (Lorenzo-Seva, 1999). Dicho método de rotación oblicua tiende a obtener una solución lo más simple posible incluso en aquellos casos en que alguno de los ítems muestre una estructura compleja.

Los cuatro factores obtenidos tras aplicar la rotación se relacionaron con el enmascaramiento de las situaciones personales, el disfrute de permisos y licencias legales, la dilación en el tiempo, y los distractores y el uso de recursos. Dado el elevado número de ítems que se desarrollaron al inicio, la escala se depuró eliminando todos aquellos ítems que presentaran saturaciones inferiores a 0.35 o saturaciones complejas (superiores a 0.35 en más de un factor). A pesar de todo, se estimó que la escala resultante era aún demasiado larga, se intentó desarrollar una versión aún más reducida siempre y cuando presentara unas propiedades psicométricas aceptables, teniendo en cuenta los condicionantes temporales que en muchas ocasiones existen al administrar cuestionarios en este tipo de entornos laborales.

En este sentido, se seleccionaron 30 ítems con las mayores saturaciones, de tal modo que tres Factores (1, 3 y 4) están constituidos por 8 ítems y el Factor-2, por 6 ítems (Ver Tabla 2).

La Tabla 3 muestra la matriz de saturaciones de la solución factorial obtenida, que permite identificar el contenido de los cuatro factores. Estos factores presentaron correlaciones moderadas entre ellos, oscilando entre -0.010 y 0.447. La Tabla 3 muestra dichas correlaciones.

En la Tabla 4 se muestran los estadísticos descriptivos correspondientes a los cuatro factores que integran la escala. Se indican para cada uno de los factores los valores mínimos y máximos, la media y la desviación típica.

En la Tabla 5 se muestran los coeficientes de fiabilidad obtenidos para los cuatro factores. Se puede observar que a pesar del reducido número de ítems por escala (entre 6 y 8), las cuatro escalas presentan unos valores más que aceptables de fiabilidad, lo que indica la adecuación del cuestionario de 30 ítems como el CAdT-30.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados de la presente investigación apoyan la estructura factorial y la fiabilidad de la escala CAdT-30 para evaluar aspectos relacionados con las conductas y las actitudes de abandono del trabajo.

Los resultados indican que aparecen cuatro factores. El primer factor, denominado «enmas-

Tabla 2. Matriz de saturaciones de los factores de la escala CAdT-30

Ítems	F1.-Enmascaramiento de situaciones personales.	F2.-Disfrute de permisos y licencias legales.	F3.-Dilación en el tiempo.	F4.-Distractivos y uso de recursos.
1.-Recibo llamadas telefónicas (comentándome temas personales) de mi pareja, familia o de amigos.				0.523
2.-Me excuso para no ir a trabajar (p.ej.: con un lumbago) cuando estoy muy cansado.	0.665			
3.-Cuando voy a hacer una actividad, p.ej. fotocopias, utilizo más tiempo del que debería.			0.723	
4.-Pongo como excusa que tengo gripe o que estoy constipado, para evitar ir al trabajo.	0.668			
5.-No asisto al trabajo, ya que me recupero de una intervención quirúrgica (tengo la baja médica).		0.719		
6.- Me voy a casa cuando he sufrido un pequeño percance laboral (p.ej.: me he cortado levemente).	0.689			
7.-Alargo unos minutos el tiempo estipulado que tengo para comer (desayunar, almorzar, cenar, etc.).			0.668	
8.- Llamo por teléfono a mi pareja o familia para comentar temas personales.				0.570
9.-Cuando voy al médico, dentista, etc., utilizo más tiempo del que debería.			0.723	
10.-Simulo que tengo fiebre para acompañar a una persona próxima a mi (amiga, etc.) al médico.	0.771			
11.-He tenido un accidente de circulación y no voy a trabajar, ya que tengo baja médica.		0.744		
12.-En mi trabajo, navego por Internet buscando cosas de interés personal.				0.417
13.-Pienso que debería salir a beber algo (p.ej.: café, refresco, agua, etc.) cuando no hay nadie.			0.487	
14.-Pienso que debería realizar llamadas telefónicas a familiares (pareja, padres, hijos, etc.) desde la empresa.				0.605
15.-Como tengo riesgos durante el embarazo, no voy a trabajar a mi empresa, ya que tengo la baja médica.		0.621		
16.-Hago una escapadilla (de recreo) por la fábrica, empresa, institución, etc., con la excusa de hacer una fotocopia o ir a buscar un objeto, un instrumento o similar.			0.699	
17.- No voy a trabajar si llueve mucho (p.ej.: argumento que el tráfico estaba denso).	0.613			
18.-Las tareas que no me agradan, procuro que las hagan los otros.			0.488	
19.- Hago encargos personales por teléfono desde mi empresa.				0.605
20.-Ha nacido mi hijo/hija, disfruto de un permiso legal y no voy al trabajo.		0.763		
21.-Informo que tengo fiebre, aunque me encuentro bien, porque no deseo ir a trabajar.	0.699			
22.-Mando e-mails a empleados de mi empresa, escribiendo mensajes simpáticos y divertidos.				0.447
23.- He ido a ver a un pariente próximo que padece una enfermedad (o ha fallecido), y no he ido a trabajar (lo he solicitado legalmente).		0.629		
24.-Digo que me encuentro enfermo, aunque me encuentro bien, porque no deseo ir a trabajar.	0.621			
25.-Aprovecho para ir a tomar algo cuando hago un pedido o voy a buscar una herramienta.			0.704	
26.-Me divierto escribiendo mensajes mediante el e-mail con personas que no son de mi empresa.				0.374
27.-He contraído matrimonio, disfruto de vacaciones (lo he solicitado legalmente).		0.811		
28.- Salgo de la oficina a fumarme un cigarrillo, hacer un café o a dar una vuelta cuando no hay ningún superior.			0.498	
29.-Digo que me encuentro enfermo para no ir a trabajar, pero no voy por razones personales y privadas.	0.609			
30.-Aprovecho las horas de trabajo para fotocopiar documentos personales.				0.456
Varianza explicada (%)	21.30	13.77	8.20	6.90

Tabla 3. Matriz de correlaciones entre factores de la escala CAdT-30

Factor	1	2	3	4
F1.-Enmascaramiento de situaciones personales.	1.000			
F2.-Disfrute de permisos y licencias legales.	0.090	1.000		
F3.-Dilación en el tiempo.	0.447	-0.010	1.000	
F4.-Distractivos y uso de recursos.	0.239	0.023	0.322	1.000

Tabla 4. Estadísticos descriptivos de los factores de la escala CAdT-30

Factores	Mínimo	Máximo	M	DE
F1.-Enmascaramiento de situaciones personales.	8.00	26.0	8.64	1.98
F2.-Disfrute de permisos y licencias legales.	6.00	30.0	15.1	7.89
F3.-Dilación en el tiempo.	9.00	42.0	14.8	4.75
F4.-Distractivos y uso de recursos.	8.00	36.0	13.0	4.91

Tabla 5. Índices de fiabilidad de los cuatro factores de la escala CAdT-30

Factores	Fiabilidad	Intervalo Confianza
F1.-Enmascaramiento de situaciones personales.	0.842	0.813-0.868
F2.-Disfrute de permisos y licencias legales.	0.862	0.835-0.885
F3.-Dilación en el tiempo.	0.701	0.646-0.750
F4.-Distractivos y uso de recursos.	0.856	0.829-0.880

caramiento de situaciones personales» (8 ítems), hace alusión a las excusas, a los fingimientos y a las simulaciones que implican comportamientos desfavorables respecto al trabajo (Hanisch & Hulin, 1990) por parte de los empleados. En este factor se constatan conductas que implican la evitación laboral (*pain-avoidance*) (Nicholson, 1977) y la ausencia en el trabajo (Burton et al., 2002; Latham & Pursell, 1975). Los ítems hacen referencia a las actitudes de los empleados ante el trabajo, a los valores implícitos de los trabajadores, a la ética personal respecto al trabajo, al compromiso del empleado con la organización y a la centralidad del trabajo (Steers & Rhodes, 1978; 1984; 1990).

Por otro lado, el segundo factor es el «disfrute de permisos y licencias legales» (6 ítems). Se mencionan diversos tipos de ausencias en el trabajo debido tanto a motivos de enfermedad como al hecho de gozar autorizaciones sujetas a la legalidad vigente. Los ítems aluden a algunas causas involuntarias de ausencia (Baba, 1990; Paget et al., 1998; Thomson et al., 2000), a las ausencias debidas a la enfermedad (*sickness absence*) (Burton et al., 2002; Ehrenberg et al., 1991; Landstad et al., 2001), a las licencias paternales (Landstad et al., 2001) y a cuestiones familiares (Burton et al., 2002). Este factor se refiere a los factores personales que provocan las ausencias en el trabajo, a la incapacidad de asistencia debido a las enfermedades a las responsabilidades familiares como factor de ausencia a los problemas de transporte que imposibilitan desempeñar el trabajo, y a las barreras de asistencia debidas a los accidentes (Steers & Rhodes, 1978; 1984; 1990).

En tercer lugar aparece el factor calificado como «dilación en el tiempo» (8 ítems), el cual alude al aplazamiento, al retraso, a la tardanza, a la demora y al alargamiento de tareas en la realización de la actividad laboral. Todas ellas representan comportamientos desfavorables respecto al trabajo (Hanisch & Hulin, 1990), aunque exista presencia en este (Latham & Pursell, 1975), como alude el *Factor Bradford* (Bowers, 2001) y, además, se producen retrasos deliberados (*lateness*) (Adler & Golan, 1981; Koslowsky, 2000; Koslowsky & Dishon-Berkovits, 2001). Los ítems remiten a las actitudes ante la actividad laboral, a los valores del empleado y a sus expectativas a la ética personal de trabajo, al compromiso con la organización y también a la centralidad del trabajo (Steers & Rhodes, 1978; 1984; 1990).

Finalmente, el último factor se denomina «distractores y uso de recursos» (8 ítems); se refiere a

la utilización de bienes de la organización en beneficio propio y como aprovechamiento personal. Los ítems expresan conductas poco favorables en el trabajo (Hanisch & Hulin, 1990), aunque exista presencia (Latham & Pursell, 1975), como hace referencia el *Factor Bradford* (Bowers, 2001). Así pues, el presente factor se refiere a las actitudes ante el trabajo, a los valores del empleado, a la ética personal ante el trabajo, al compromiso con la organización y a la centralidad del trabajo (Steers & Rhodes, 1978; 1984; 1990).

Al hilo de todo lo anterior, de acuerdo con los resultados de la presente investigación, la escala CAdT-30 puede ser un instrumento útil para la evaluación de las conductas y las actitudes de abandono de trabajo. Ciertamente, la información obtenida puede permitir la implantación de programas de prevención (Boada-Grau, 1999). La escala CAdT-30 puede facilitar a los profesionales de los recursos, obtener datos destinados a crear programas preventivos, y ser empleada como una herramienta para el diseño de intervenciones. Este es uno de los principales propósitos de nuestra aportación científica.

No obstante, las limitaciones del presente estudio configuran y son la base de desarrollo de las investigaciones que en el futuro se pretenden desarrollar; estas limitaciones se comentan seguidamente. En primer lugar, sería necesario confirmar la estructura factorial obtenida mediante un análisis factorial confirmatorio en una nueva muestra, así como analizar el funcionamiento de las escalas e ítems en diferentes colectivos de empleados (enfermeras, maestros, administrativos, etc.), en distintos sectores (primario, secundario, terciario y cuaternario), en diversos tipos de empresas (Multinacionales, PIMES y Familiares) y en empresas con origen cultural dispar (Europa, EEUU, etc.).

Segundo, sería preciso analizar la validez de la escala. Así, deberían considerarse aspectos tales como las actitudes laborales (Prottas, 2008), la motivación laboral (Burton et al., 2002), la satisfacción laboral (Parks & Steelman, 2008), la implicación en el trabajo (González & De Elena, 1998), la involucración en el trabajo (Wegge, Schmidt, Parkes, & van Dick, 2007), el dolor crónico (Pizzi, Carter, Howell, Vallow, Crawford, & Frank, 2005), el compromiso con la organización (Stumpp, Hülsheger, Muck, & Maier, 2009) y el clima del equipo de trabajo (Boada-Grau, De Diego, & De Llanos, 2009).

Tercero, sería oportuno indagar si la escala CAdT-30 propuesta está relacionada con algunos aspectos que son sustantivos en los empleados. Entre ellos podrían estar los programas de salud laboral (Parks & Steelman, 2008), el ejercicio físico (Nurminen et al., 2002; Tucker, Aldana, & Friedman, 1990) y los programas de *fitness* (Bell & Blanke, 1989; Kerr & Vos, 1993). Otro aspecto haría referencia a los riesgos psicosociales como el *burnout* (Peterson et al., 2008), el *mobbing* (Topa, Morales, & Depolo, 2008) y la carga mental (Rolo, Díaz, & Hernández, 2009).

Cuarto, sería de sumo interés para las organizaciones y los gestores de recursos humanos, conocer las relaciones complejas que se dan entre las políticas estratégicas de recursos humanos (Boada-Grau & Gil-Ripoll, 2009) y las conductas de abandono del trabajo (CAdT-30); probablemente una de las políticas más relacionadas con las conductas evaluadas por la escala que se presenta sea la de conciliación trabajo y familia (Väänänen et al., 2008).

Finalmente, estimamos que sería de gran valor analizar si algunos factores constitutivos de la personalidad de los empleados (Furnham & Bramwell, 2006; Ones, Viswesvaran, & Schmidt, 2003) podrían afectar las conductas de abandono del trabajo.

REFERENCIAS

Adler, S. & Golan, J. (1981). Lateness as a withdrawal behavior. *Journal of Applied Psychology, 66*, 544-554.

Aronsson, G., Gustafsson, K., & Dallner, M. (2000). Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism. *Journal of Epidemiology y Community Health, 54,* 502-509.

Avery, D. R., Mckay, P.F., Wilson, D.C., & Tonidandel, S. (2007). Unequal attendance: The relationships between race, organizational diversity cues, and absenteeism. *Personnel Psychology, 60,* 87-902.

Baba, V. V. (1990). Methodological issues in modeling absence: A comparison of least squares and Tobit analyses. *Journal of Applied Psychology, 75*, 428-432.

Bell, B. C. & Blanke, D. (1989). The effects of a worksite fitness program on employee absenteeism. *Health Values, 13,* 3-11.

Boada-Grau, J. (1999). *Psicología del (Trabajo + Organizaciones + Recursos Humanos).* Barcelona, España: PPU.

Boada-Grau, J., De Diego, R., & De Llanos, E. (2009). El clima de equipo como antecedente del burnout y de las manifestaciones psicosomáticas. *Ansiedad y Estrés, 15*, 279-289.

Boada-Grau, J. & Gil-Ripoll, C. (2009). Gestión estratégica de recursos humanos como antecedente del *balanced scorecard. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones / Journal of Work and Organizational Psychology, 25*, 123-134.

Bowers, T. (2001). Teacher Absenteeism and Ill Health Retirement: A review. *Cambridge Journal of Education,31*, 135-157.

Burton, J.P., Lee, T.W., & Holtom, B.C. (2002). The influence of motivation to attend, ability to attend, and organizational commitment on different types of absence behaviors. *Journal of Managerial Issues, XIV*, 181-197.

Cattell, R. B. (1966). The screen test for the number of factors. *Multivariate Behavioral Research, 1*, 245-276.

Caverley, N., Cunningham, J. B., & MacGregor, J. N. (2007). Sickness presenteeism, sickness absenteeism, and health following restructuring in a public service organization. *Journal of Management Studies, 44*, 304-319.

Canto, J. M. (2000). *Dinámica de grupos: aspectos técnicos, ámbitos de intervención y fundamentos teóricos*. Málaga, España: Aljibe.

Conte, J. M. & Jacobs, R. R. (2003). Validity evidence linking polychronicity and Big Five personality dimensions to absence, lateness, and supervisory performance ratings. *Human Performance, 16,* 107-129.

De Jonge, J., Reuver, M, Houtman, I., Bongers, P., & Kompier, M. (2000). Linear and nonlinear relations between psychosocial job characteristics, subjective outcomes, and sickness absence: Baseline results from smash. *Journal of Occupational Health Psychology, 5*, 256-268.

Demerouti, E., Geurts, S., Bakker, A., & Euwema, M. (2004). The impact of shiftwork on work – home conflict, job attitudes and health. *Ergonomics,15*, 987-1002.

Empresa Familiarmente Responsable. (2009). *Absentismo laboral*. Madrid, España: Fundación Másfamilia, EOI y Tatum.

Ehrenberg, R. G., Ehrenberg, R. A., Rees, D. I., & Ehrenberg, E. L. (1991). School district leave policies, teacher absenteeism, and student achievement, *Journal of Human Resources*, *26,* 72-105.

Engström, L.-G. & Eriksen, T. (2002). Can differences in benefit levels explain duration and outcome of sickness absence? *Disability and Rehabilitation,24*, 713-718.

Fried, Y., Melamed, S., & Ben-David, H.A. (2002). The joint effects of noise, job complexity, and gender on employee sickness absence: An exploratory study across 21 organizations - the CORDIS study. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 75*, 131-144.

Furnham, A. & Bramwell, M. (2006). Personality factors predict absenteeism in the workplace. *Individual Differences Research, 4*, 68-77.

Gil, F. (2004). Técnicas para generar ideas y para solucionar problemas. En F. Gil y C. M. Alcover. (Coord.) *Técnicas grupales en contextos organizacionales* (pp.145-170). Madrid, España: Pirámide.

Gil-Monte, P. R. (2008). Magnitude of relationship between burnout and absenteeism: A preliminary study. *Psychological Reports, 102*, 465-468.

Goetzel, R. Z., Long, S. R., Ozminkowski, R. J., Hawkins, K., Wang, S., & Lynch, W. (2004). Health, absence, disability and presenteeism cost estimates of certain physical and mental health conditions affecting U.S. employers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine, 46,* 398-412.

Gómez, J. (1990). Metodología de encuesta por muestreo. En J. Arnau, M.T. Anguera y J. Gómez. *Metodología de la investigación en ciencias del comportamiento* (pp.239-310). Murcia, España: Universidad de Murcia.

González, L. & De Elena, J. (1998). Propuesta de un modelo de dirección y gestión de recursos humanos. *Centro de Estudios Financieros, 189,* 95-150.

Greiner, B.A., Krause, N., Ragland, D. R., & Fisher, J.M. (1998). Objective stress factors, accidents, and absenteeism in transit operators: A theoretical framework and empirical evidence. *Journal of Occupational Health Psychology,3*, 130-146.

Griffeth, R. W., Hom, P. W., & Gaertner, S. (2000). A meta-analysis of antecedents and correlates of employee turnover: Update, moderator tests, and research implications for the next millennium. *Journal of Management, 26*, 463-488.

Hanisch, K. A. & Hulin, C. L. (1990). Job attitudes and organizational withdrawal: An examination of retirement and other voluntary withdrawal behaviors. *Journal of Vocational Behavior, 37,* 60-78.

Hardy, G. E., Woods, D., & Wall, T. D. (2003). The impact of psychological distress on absence from work. *Journal of Applied Psychology, 88*, 306-314.

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2000). *Metodología de la investigación.* México, D.F.: McGraw-Hill.

Kerlinger, F.N. (2001). *Investigación del comportamiento: métodos de investigación en ciencias sociales.* México, D.F.: McGraw-Hill.

Kerr, J. H. & Vos, M. C. H. (1993). Employee fitness programmes, absenteeism and general well-being. *Work* & *Stress, 7,* 179-190.

Koslowsky, M. (2000). A new perspective on employee lateness. *Applied Psychology, 49*, 390-407.

Koslowsky, M. & Dishon-Berkovits, M. (2001) Self-report measures of employee lateness: Conceptual and methodological issues. *European Journal of Work and Organizational Psychology, 10*, 145-159.

Ladebo, O.J. (2005). Relationship between citizenship behaviors and tendencies to withdraw among nigerian agribusiness employees. *Swiss Journal of Psychology, 64*, 41-50.

Landstad, B., Vinberg, S., Ivergard, T., Gelin, G., & Ekholm, J. (2001).Change in pattern of absenteeism as a result of workplace intervention for personnel support. *Ergonomics, 44*, 63-81.

Latham, G. P. & Pursell, E. D. (1975). Measuring absenteeism from the opposite side of the coin. *Journal of Applied Psychology, 60,* 369-371.

Lorenzo-Seva, U. (1999). Promin: a method for oblique factor rotation. *Multivariate Behavioral Research, 34*, 347-365.

Lorenzo-Seva, U. & Ferrando, P.J. (2006). FACTOR: A computer program to fit the exploratory factor analysis model. *Behavioral Research Methods, Instruments and Computers, 38*, 88-91.

Lowe, G. (2002). Here in body, absent in productivity: presenteeism hurts output, quality of work-life and employee health. *Canadian HR Reporter: The National Journal of Human Resource Management*, December, 1–2.

Mondragón-Barrios, L. (2009). Consentimiento informado: una *praxis* dialógica para la investigación. *Revista Investigación Clínica*, *61*, 73-82.

Montero, I. & León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 7*, 847-862.

Morgan, D. L. (1998a). *The Focus Group Guidebook. Focus Group Kit 1*. Thousand Oaks, Ca, EUA: Sage.

Morgan, D. L. (1998b). *Planning Focus Group. Focus Group Kit 2.* Thousand Oaks, Ca, EUA: Sage.

Muthen, B. & Kaplan, D. (1992). A comparison of some methodologies for the factor analysis of non-normal Likert variables: A note on the size of the model. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology, 45*, 19-30.

Ng, T. W. H. & Feldman, D. C. (2008). The relationship of age to ten dimensions of job performance. *Journal of Applied Psychology, 93*, 392-423.

Nicholson, N. (1977) Absence behavior and attendance motivation: A conceptual synthesis. *Journal of Management Studies, 14,* 231-252.

Nurminen, E., Malmivaara, A., Ilmarinen, J., Ylostalo, P., Mutanen, P., & Ahonen, G. (2002). Effectiveness of a worksite exercise program with respect to perceived work ability and sick leaves among women with physical work. *Scandinavian Journal of Environment Health, 28,* 85-93.

Ones, D.S., Viswesvaran, C., & Schmidt, F. L. (2003).Personality and absenteeism: A Meta-analysis of integrity tests. *European Journal of Personality, 17*, 19-38.

Osborn, A. F. (1953). *Imaginación aplicada. Principios y procedimientos para pensar creando.* Madrid, España: Verflex.

Parks, K. M. & Steelman, L.A. (2008). Organizational wellness programs: A meta-analysis. *Journal of Occupational Health Psychology, 13*, 58-68.

Paget, K.J., Lang, D.L., & Shultz, K.S. (1998). Development and validation of an employee absenteeism scale. *Psychological Reports, 82*, 1144-1146.

Peterson, U., Demerouti, E., Bergström, G., Åsberg, M., & Nygren, Å. (2008). Work characteristics and sickness absence in burnout and non burnout groups: A study of swedish health care workers. *International Journal of Stress Management, 15*, 153-172.

Pizzi, L. T., Carter, C. T., Howell, J. B., Vallow, S.M., Crawford, A. G., & Frank, E. D. (2005). Work loss, healthcare utilization, and costs among us employees with chronic pain. *Dis. Manage. Health Outcomes, 13*, 201-208.

Porter, L. W. & Steers, R. M. (1973). Organizational, work, and personal factors in employee turnover and absenteeism. *Psychological Bulletin*, *80*, 151-176.

Prottas, D. J. (2008). Perceived behavioral integrity: Relationships with employee attitudes, well-being, and absenteeism. *Journal of Business Ethics, 81*, 313-322.

Rhodes, S. R., & Steers, R. M. (1990). *Managing Employee Absenteeism.* Nueva York, EUA: Addison-Wesley.

Rolo, G., Díaz, C., & Hernández, E. (2009). Desarrollo de una escala subjetiva de carga mental de trabajo (ESCAM). *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones, 25*, 29-37.

Sagie, A., Birati, A., & Tziner, A. (2002). Assessing the costs of behavioral and psychological withdrawal: A new model and an empirical illustration. *Applied Psychology, 51*, 67-89.

Seitz, S.T., Hulin, C.L., & Hanisch, K. A. (2000). Simulating withdrawal behaviors in work organizations: An example of a virtual society. *Nonlinear Dynamics, Psychology, and Life Sciences, 4*, 33-65.

Steers, R.M. & Rhodes, S.R. (1978). Major influences on employee attendance: A Process Model. *Journal of Applied Psychology, 63*, 391-407.

Steers, R.M. & Rhodes, S.R. (1980). A new look at absenteeism. *Personnel, 57*, 60-65.

Steers, R. M. & Rhodes, S.R. (1984) Krowledge and speculation about absenteeism. En P.S, Goodman y R.S.Atkins (Eds.) *Absenteeism: New approaches to understanding, measuring, and managin employee absence* (pp.229-275). San Francisco, EUA: Jossey-Bass.

Stumpp, T., Hülsheger, U.R., Muck, P.M., & Maier, G.W. (2009). Expanding the link between core self-evaluations and affective job attitudes. *European Journal of Work and Organizational Psychology, 18*, 148-166.

Thomson, L., Griffiths, A., & Davison, S. (2000). Employee absence, age and tenure: a study of nonlinear effects and trivariate models. *Work & Stress, 14*, 16-34.

Topa, G., Morales, J. F., & Depolo, M. (2008). Perceived sexual harassment at work: Meta-analysis and structural model of antecedents and consequences. *The Spanish Journal of Psychology, 11*, 207-218.

Tucker, L. A., Aldana, S. G., & Friedman, G. M. (1990).Cardiovascular fitness and absenteeism in 8,301 employed adults. *American Journal of Health Promotion, 5,* 140-145.

Väänänen, A., Kumpulainen, R., Kevin, M. V., Ala-Mursula, L., Kouvonen, A., Kivimäki, M., Toivanen, M., Linna, A., & Vahtera, J. (2008). Work-family characteristics as determinants of sickness absence: A large-scale cohort study of three occupational grades. *Journal of Occupational Health Psychology, 13*,181-196.

Warr, P. B. (1996). Employee well-being. En P. B. Warr (Ed.), *Psychology at work* (pp. 224-235). Harmondsworth, England: Penguin.

Wegge, J., Schmidt, K-H., Parkes, C., & van Dick, R. (2007). 'Taking a sickie': Job satisfaction and job involvement as interactive predictors of absenteeism in a public organization. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 80*, 77-89.

Recibido el 27 de febrero de 2011
Revisión final 27 de mayo de 2011
Aceptado el 2 de junio de 2011

Adaptación del Cuestionario de Violencia Escolar en estudiantes de educación secundaria de México

Luz Adriana Orozco Ramírez, José Luis Ybarra Sagarduy y Venustiano Guerra López

Universidad Autónoma de Tamaulipas, México

Resumen

México presenta los niveles más altos de violencia escolar en educación secundaria, en comparación con el resto de los países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE). El desarrollo de programas de prevención de la violencia escolar basados en la evidencia científica y la adopción por el sistema escolar de los mismos son urgentes. Para este fin, es necesario contar con instrumentos de evaluación confiables y válidos que permitan diagnosticar el problema. El objetivo de este estudio es adaptar el Cuestionario de Violencia Escolar en una población de 333 estudiantes de secundaria de Ciudad Victoria, Tamaulipas. Los resultados muestran que la estructura factorial del cuestionario en esta población es válida y confiable, pudiéndose mantener las cinco dimensiones propuestas por los autores originales de este instrumento.

Palabras clave: *violencia escolar, adolescentes, estudiantes de secundaria.*

Adaptation of the Questionnaire of School Violence in students of junior high-school of Mexico

Abstract

México presents the highest levels in school violence in the level of junior high school education in comparison to the rest of the countries of the Organization of Cooperation and Economic Development (OECD). It is urgent the development of programs of prevention of the school violence based on the scientific evidence and the adoption by the school system of the same ones. For this end, it is needed valid and reliable instruments that allow the identification of the problem. The objective of this study is the adaptation of the Questionnaire of School Violence in the population of students of junior high school of Mexico. This instrument was applied to 333 students of junior high school in Ciudad Victoria, Tamaulipas. The results show that the factor structure of the questionnaire is valid, reliable, and similar to the five dimensions proposed by the original authors of this instrument.

Key words: *School violence, adolescents, students, junior high-school.*

INTRODUCCIÓN

El tema de la violencia escolar se ha tomado en cuenta en el contexto nacional e internacional como uno de los grandes desafíos a los que hay que enfrentarse en el establecimiento de una cultura de la paz. En una investigación realizada por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) en 2009, que tuvo como participantes a escuelas y noventa mil profesores de veintitrés naciones, se pudo comprobar que México presenta los niveles más altos de violencia escolar en educación secundaria. Los directores encuestados de escuelas

Dirigir toda correspondencia sobre este artículo a: Luz Adriana Orozco Ramírez. Centro Universitario Adolfo López Mateos S/N. Universidad Autónoma de Tamaulipas. Cd. Victoria Tamaulipas, México. Tel. (834) 3181730 Ext. 2215.
Correo electrónico: adyluz21@gmail.com
RMIP 2012,14-22.
ISSN-impresa: 2007-0926
www.revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com
Derechos reservados ®RMIP

secundarias generales, técnicas y privadas reportaron que existe un ambiente escolar de violencia, con factores como intimidación verbal o abuso entre estudiantes (61.2%), agresión física (57.1%), robo (56 %), uso o posesión de drogas y alcohol (51%), e intimidación verbal o abuso a los maestros y al personal (47.2%).

En el contexto escolar, Dan Olweus (1998) define la violencia como *«el conjunto de comportamientos físicos y/o verbales que una persona o un grupo, en forma hostil y abusando de un poder real o ficticio, dirigen contra un compañero en forma repetitiva y duradera con la intención de causarle daño»*. Por otra parte, Oñate y Piñuel (2005) proponen la definición de violencia escolar como un continuado y deliberado maltrato verbal y de comportamiento que recibe un niño por parte de otro u otros, que se comportan con él cruelmente con el objeto de someterlo, apocarlo, asustarlo, amenazarlo, y que atentan contra la dignidad del niño, siendo el ambiente escolar el contexto donde se lleva a cabo.

Sin embargo, Smith y Sharp (1994) son de los primeros autores que proponen un concepto general de lo que es la«violencia escolar», y la denominan como una relación cotidiana entre varias personas en la que se ejerce «un abuso sistemático del poder».

Dentro de este contexto, y por la importancia que ha tomado en los últimos años esta problemática, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud (OMS, 2003), define la violencia como el uso intencional de la fuerza o del poder físico de hechos, o con amenaza contra uno mismo, un grupo o comunidad, de manera que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones o muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. Entonces, pese a la complejidad del término y a la dificultad conceptual que lo rodea, existe un punto de consenso básico. Dicho punto consiste en que todo y cualquier acto de agresión –física, moral o institucional– dirigido contra la integridad de uno o de varios individuos o grupos, es considerado como acto de violencia (Abramovay & Rua, 2003).

La violencia entre jóvenes en la escuela se ha investigado en Europa desde hace treinta años. Entre los estudios se encuentra un análisis de comportamientos relacionado con la salud en jóvenes en edad escolar, realizado en 27 países por la Organización Mundial de la Salud (2003). De acuerdo con este estudio, entre el 20 y el 60% de los muchachos de 13 años de edad, de 24 de los países considerados en el estudio, había llevado a cabo actos de intimidación en contra de sus condiscípulos al menos por un tiempo.

Otro trabajo con el mismo enfoque es el Informe del Defensor del Pueblo-UNICEF (2000; 2007) realizado en España, el cual menciona que las conductas de violencia entre iguales más utilizadas por los alumnos de secundaria son las de tipo verbal (hablar mal de otros, ignorar, insultar y poner apodos), y cuando se tiene en cuenta la perspectiva de testigos u observadores los porcentajes ascienden y las conductas usadas con mayor frecuencia -además de las antes mencionadas- son las siguientes: agresión física indirecta (esconder y robar cosas a la víctima), agresión física directa (pegar), amenazas (amenazar solo por atemorizar, chantajear obligando a hacer cosas con amenazas, intimidar utilizando algún tipo de arma) y el acoso sexual con actos o comentarios.

Aun cuando se conocen algunos datos de la magnitud del problema mundialmente (Defensor del Pueblo, 2007; Moreno & Torrego, 1999; OMS, 2003; Smith, 2004), América Latina no cuenta con muchas investigaciones que aborden la violencia escolar como objeto de estudio. Sin embargo, existen esfuerzos valiosos en la región (Abromovay, 2005; Dussel, 2005; Erazo-Santander, 2010; Maldonado, 2005; Onneto, 2005; Ortega, 2005; Sús, 2005; Uanini, 2005), incluyendo México, donde también el interés y, por ende, la producción son relativamente recientes (Castillo & Pacheco, 2008; Chagas, 2005;

Fierro, 2005; Furlan, Ramos, & Lara, 2004; Garza, Barragán, Pizarro, & Butzman, 2008; Gómez, 2005; Muñoz, 2008; Pasillas, 2005; Prieto, 2005; Ramos, 2005; Saucedo, 2004 y 2005; Tello, 2005; Valadez & Martín, 2008; Vázquez, Villanueva, Rico, & Ramos, 2005; Velázquez, 2005).

Por ejemplo, Velázquez (2005), en su estudio referente a las experiencias de violencia que se han tenido en secundaria, la gama de comportamientos entre iguales oscila desde agresiones físicas hasta agresiones de tipo psicológico, mientras que en los docentes las conductas son de regaño, insulto, discriminación, humillación, castigo, gritos e incluso algunos casos reportan golpes. Además, otra aportación significativa radica en diferencias encontradas por género en la violencia ejercida por los profesores, ya que hacia las mujeres se ejercen más las conductas de miedo y hacia los hombres predomina la agresión física.

En un estudio reciente sobre la intimidación entre iguales en alumnos de secundaria en México, Barragán y colaboradores (2010) resumen en sus conclusiones que la necesidad de tener una filiación grupal es tan importante en esta etapa de la vida, que los estudiantes de secundaria están dispuestos a ejercer actos intimidatorios o aún a sufrirlos si esto se convierte en su manera de lograr ser parte de uno de los tantos grupos sociales que se mueven en el interior de la escuela; también guardarán silencio sobre los actos realizados, tanto si los ejercen, los sufren o los atestiguan, pese a que esto signifique romper con las normas sociales establecidas tanto en la escuela como en el hogar. Los adultos no comprenden esta circunstancia y, por lo general, sus acciones para controlar las conductas intimidatorias no suelen funcionar, aunado a que trabajan de manera aislada en lugar de sumar esfuerzos, o simplemente concentran en culpar al otro sin tomar ninguna acción al respecto, como si con el hecho de señalar un culpable se solucionara la situación.

Una conclusión recurrente en todas estas investigaciones, como dice Prieto (2005), es la necesidad de realizar más investigaciones sobre la violencia, pues se trata de una problemática que no puede ignorarse. Entonces, la propuesta es trabajar en el desarrollo de programas de prevención basados en evidencia científica y la adopción por el sistema escolar, de los mismos lo que representa un gran desafío para los investigadores.

Es imperioso hacer investigaciones acerca de instrumentos de evaluación que permitan diagnosticar este problema, para de allí desarrollar alternativas de solución en todos los niveles, ya sea proponiendo reformas políticas, educativas, sociales y laborales que permitan disminuir la incidencia de esta problemática. Por tal motivo, en México es indispensable desarrollar, validar o adaptar instrumentos que permitan realizar un diagnóstico del tipo de violencia que existe en los centros educativos.

En España, Álvarez, Álvarez, González-Castro, Núñez y González-Pienda (2006) elaboraron el Cuestionario de Violencia Escolar (CUVE) y, posteriormente, validaron en una muestra de 1637 adolescentes de siete centros de educación secundaria de España. El CUVE ofrece una estructura factorial de cinco factores de primer orden: «violencia del profesorado hacia el alumnado», «violencia física indirecta por parte del alumnado», «violencia verbal del alumnado hacia el alumnado», «violencia física directa entre el alumnado» y «violencia verbal del alumnado hacia el profesorado»); y uno de segundo orden: «violencia escolar». Como resultado se obtuvo un buen nivel de ajuste, además de una favorable fiabilidad y validez de constructo, ya que el cuestionario mostró ofrecer garantías estadísticas suficientes para evaluar con rigor la violencia escolar.

El objetivo del presente estudio es analizar las propiedades psicométricas del CUVE en una muestra de adolescentes de secundaria de México, validando la estructura factorial del instrumento original.

MÉTODO

Participantes

En el estudio participaron 333 estudiantes de nivel secundaria de Ciudad Victoria, Tamaulipas, con edades comprendidas entre los 12 y los 15 años (M = 13.1; DE = 0.93), 51.4% de sexo femenino y 48.6% de sexo masculino.

Instrumento

Se aplicó el CUVE, que consta de 29 ítems que evalúan cinco dimensiones de la violencia escolar: a) violencia física indirecta por parte del alumnado; b) violencia verbal del alumnado hacia compañeros; c) violencia física directa entre alumnos; d) violencia verbal del alumnado hacia el profesorado; y e) violencia del profesorado hacia el alumnado. El instrumento cuenta con 4 alternativas de respuesta: nunca, pocas veces, muchas veces y siempre**.** En cada uno de los ítems el evaluado ha de señalar en qué grado considera que ocurre el hecho violento que figura.

En la validación del cuestionario en su versión original en España (Alvaréz et al., 2006), se obtuvo en su totalidad un índice de fiabilidad alto (α = .92). En los factores se muestran índices menores: violencia de profesorado hacia alumnado (α = .87), violencia física indirecta por parte del alumnado (α = .83), violencia verbal del alumnado hacia sus compañeros (α = .72), violencia verbal del alumnado hacia el profesorado (α = .76) y violencia física directa entre alumnado (α = .67). Teniendo en cuenta este hecho, se puede afirmar que la fiabilidad del CUVE es buena, tanto para la perspectiva general como para cada una sus dimensiones en su versión original.

Procedimiento

En un primer momento se llevó a cabo una aplicación piloto del instrumento con 90 alumnos de los 3 niveles de secundaria, con el fin de analizar la comprensión de los ítems. Además, se consultó con expertos (maestros de nivel de secundaria) sobre la idoneidad de los términos usados en el instrumento. Con base en las aportaciones de los estudiantes y expertos, se modificaron algunas palabras de los ítems por términos que se utilizan en el contexto mexicano, por ejemplo: *centro* se cambió por *escuela, motes* por *sobrenombres molestos y manía* por *etiquetan*.

En esta primera aplicación del instrumento se obtuvo una confiabilidad alfa total del instrumento de .82. En un *s*egundo paso se llevó a cabo la aplicación del instrumento a la muestra total de 333 participantes; se realizó de manera grupal en los diferentes grados de secundaria. El investigador leía las instrucciones y los estudiantes posteriormente contestaban la escala, mencionando el carácter anónimo y la importancia de que analizaran cuidadosamente cada uno de los reactivos para llegar a una óptima conclusión personal acerca del fenómeno y así poder evaluarlo.

Análisis estadístico

Se utilizó el paquete estadístico PASW para Windows, versión 18.0, con el que inicialmente se extrajeron los estadísticos descriptivos de los ítems del cuestionario. Con el objeto de probar la claridad y comprensión de los ítems, se empleó la prueba *t de Student* de comparación de medias, para lo cual se sumaron las puntuaciones obtenidas en los 29 ítems, para posteriormente extraer los valores más bajos (percentil 25) y más altos (percentil 75), formándose así dos grupos. Así, los participantes que obtuvieron las puntuaciones más bajas y más altas en cada uno de los ítems se compararon entre sí en cada una de ellos.

A continuación, se procedió a evaluar la validez conceptual del instrumento mediante un análisis factorial exploratorio de componentes principales (rotación varimax, normalización con Kaiser) y, se empleó el coeficiente alfa de Cronbach para estimar la confiabilidad de la medida, considerando el instrumento en su conjunto, así como su estructura factorial.

Tabla 1. Media y desviación típica de cada ítem del CUVE para el total de la muestra (n = 333).

Items	M	DE
En mi escuela los estudiantes insultan a sus compañeros.	**3.50**	**1.293**
En mi escuela hay profesores que insultan a los alumnos.	1.35	.798
En mi escuela los alumnos ponen sobrenombres molestos a los profesores.	2.44	1.418
En mi escuela los estudiantes ponen sobrenombres molestos a sus compañeros.	**3.38**	**1.449**
Hay profesores en mi escuela que etiquetan a algunos alumnos.	1.84	1.248
Hay profesores en mi escuela que ridiculizan a los alumnos en clase.	1.77	1.135
En mi escuela los estudiantes hablan mal unos de otros.	2.98	1.407
Hay profesores en mi escuela que no escuchan a sus alumnos.	1.88	1.190
Estudiantes de mi escuela esconden pertenencias de otros compañeros para molestarlos.	2.57	1.443
Hay estudiantes en mi escuela que roban cosas de los profesores.	**1.14**	**.539**
En mi escuela hay estudiantes que insultan a los profesores.	1.85	1.265
Hay estudiantes de mi escuela que amenazan a otros de palabra para causarles miedo u obligarlos a hacer cosas.	2.35	1.466
Hay profesores en mi escuela que castigan injustamente.	1.91	1.285
Se producen agresiones físicas entre compañeros.	2.23	1.379
Existen estudiantes de mi escuela que rompen a propósito material de otros compañeros.	1.94	1.226
Hay profesores en mi escuela que no tratan por igual a todos los alumnos.	2.07	1.399
En mi escuela hay alumnos que roban objetos o dinero de otros compañeros.	1.60	1.078
Hay estudiantes en mi escuela que en el aula faltan al respeto a sus profesores.	1.84	1.189
Hay profesores en mi escuela que bajan calificaciones a algún alumno como represalia.	2.18	1.388
En mi escuela hay estudiantes que amenazan a otros con navajas u otros objetos para meterles miedo u obligarles a hacer cosas.	1.25	.810
Los alumnos de mi escuela esconden pertenencias de los profesores, o material de la escuela necesario en sus trabajos, para molestarlos.	**1.22**	**.719**
Hay profesores en mi escuela que intimidan a algún alumno.	1.39	.909
Hay profesores en mi escuela que tienen preferencias por ciertos alumnos.	2.11	1.398
Estudiantes de mi clase causan desperfectos intencionadamente en pertenencias del profesor.	1.31	.901
Estudiantes de mi clase protagonizan agresiones físicas en las cercanías de la escuela.	2.21	1.372
En mi clase los alumnos hablan mal unos de otros.	2.35	1.427
Estudiantes de mi salón roban objetos o dinero de la escuela.	1.29	.859
Estudiantes de mi salón roban deliberadamente material de la escuela.	1.61	1.105
En mi clase hay alumnos que amenazan verbalmente a los profesores.	1.27	.817

RESULTADOS

Los estadísticos descriptivos correspondientes a los ítems del Cuestionario de Violencia Escolar (CUVE) se muestran en la Tabla 1. Como se puede observar, los ítems que presentan las medias más elevadas son los referidos a la violencia verbal del alumnado contra otros: «en mi escuela los estudiantes insultan a sus compañeros» (M = 3.50; DE = 1.29) y «en mi escuela los estudiantes ponen sobrenombres molestos a sus compañeros» (M = 3.38; DE = 1.44). Los ítems con medias más pequeñas son aquellos relacionados con violencia física indirecta de los alumnos hacia los profesores: «hay estudiantes en mi escuela que roban cosas de los profesores» (M = 1.14; DE = 0.53) y «los alumnos de mi escuela esconden pertenencias de los profesores o material de la escuela necesario en sus trabajos, para molestarlos» (M = 1.22; DE = 0.71).

En su conjunto, los resultados que arrojaron las pruebas *t de Student* sugieren que todas las preguntas fueron claramente comprendidas por los participantes, es decir, que discriminaron de manera apropiada, pues en todas se alcanzaron altos niveles de significación estadística superiores a la indicada (p < .001).

Por su parte, con un análisis factorial exploratorio con rotación varimax (normalización con

Tabla 2. Matriz de componentes rotados y varianza explicada por los factores del CUVE con la muestra total.

Ítems del CUVE	Factores				
	1	2	3	4	5
Hay profesores en mi escuela que etiquetan a algunos alumnos.	**.712**				
En mi escuela hay profesores que insultan a los alumnos.	**.690**				
Hay profesores en mi escuela que castigan injustamente.	**.615**				
Hay profesores en mi escuela que ridiculizan a los alumnos en clase.	**.603**				.300
Hay profesores en mi escuela que no tratan por igual a todos los alumnos.	**.553**	.472			
Hay profesores en mi escuela que no escuchan a sus alumnos.	**.531**				
Hay profesores en mi escuela que tienen preferencias por ciertos alumnos.	**.503**	.486			
Hay profesores en mi escuela que bajan calificaciones a algún alumno como represalia.	**.446**				
Hay profesores en mi escuela que intimidan a algún alumno.	**.448**				
Se producen agresiones físicas entre compañeros.		**.652**			
Estudiantes de mi clase protagonizan agresiones físicas en las cercanías de la escuela.		**.560**			
Hay estudiantes de mi escuela que amenazan a otros de palabra para causarles miedo u obligarles a hacer cosas.		**.554**		.342	.363
Estudiantes de mi escuela esconden pertenencias de otros compañeros para molestarlos.		**.536**		.333	
Existen estudiantes de mi escuela que rompen a propósito material de otros compañeros.		**.462**			
En mi clase los alumnos hablan mal unos de otros.		**.427**	.357	.423	
Estudiantes de mi salón roban deliberadamente material de la escuela.		**.385**	.328		
Los alumnos de mi escuela esconden pertenencias de los profesores o material de la escuela necesario en sus trabajos, para molestarlos.			**.742**		
En mi clase hay alumnos que amenazan verbalmente a los profesores.			**.663**		
En mi escuela hay estudiantes que insultan a los profesores.			**.467**	.436	
Hay estudiantes en mi escuela que en el aula faltan al respeto a sus profesores.			**.464**	.458	
Estudiantes de mi clase causan desperfectos intencionadamente en pertenencias del profesor.		.315	**.436**		
En mi escuela los estudiantes insultan a sus compañeros.				**.716**	
En mi escuela los estudiantes ponen sobrenombres molestos a sus compañeros.				**.661**	
En mi escuela los estudiantes hablan mal unos de otros.		.379		**.624**	
En mi escuela los alumnos ponen sobrenombres molestos a los profesores.	.374			**.551**	
En mi escuela hay estudiantes que amenazan a otros con navajas u otros objetos para meterles miedo u obligarles a hacer cosas.					**.615**
Estudiantes de mi salón roban objetos o dinero de la escuela.			.479		**.590**
Hay estudiantes en mi escuela que roban cosas de los profesores.					**.566**
En mi escuela hay alumnos que roban objetos o dinero de otros compañeros.			.408		**.490**
Valores propios	3.494	3.057	3.014	2.850	1.920
Varianza explicada (%)	12.049	10.540	10.392	9.828	6.622

Kaiser) se formaron siete factores, cada uno con valores propios superiores a 1, que en conjunto explica el 56.6% de la varianza total. La medida de adecuación de la muestra de Kaiser-Meyer-Olkin fue de 0.87, mientras que la prueba de esfericidad de Bartlett arrojó un resultado significativo (x^2 = 3155.40, *gl.* 435; $p < .001$).

Se realizó el mismo análisis factorial exploratorio con los datos, pero forzando la extracción de cinco factores, ya que este fue el número de factores obtenidos por los autores originales del CUVE. En la tabla 2 se observa cómo quedaron los ítems con los cinco factores resultantes.

El primer factor incluye ítems relacionados con la violencia que el profesorado comete contra el alumnado, principalmente violencia psicológica

(no escuchar, ridiculizar en clase, no tratar por igual, tener preferencias, castigar injustamente, bajar la nota como represalia o intimidar), pero también verbal (insultar a sus alumnos), por ello se denominará *violencia del profesorado hacia alumnado*. Los ítems que definen el segundo factor hacen referencia, en general, a acciones con las que el alumnado comete agresiones físicas tanto directas como indirectas hacia sus compañeros, por ello se le conocerá como *violencia física entre el alumnado*. El tercer factor incluye ítems que se refieren a la violencia psicológica, verbal y física del alumnado hacia los profesores, por lo que se llamará este factor *violencia del alumnado hacia el profesorado.* El cuarto factor cuenta con ítems relacionados con la violencia verbal de los alumnos (insultar, poner sobrenombres), tanto contra otros alumnos como contra los profesores, por esto se denominará *violencia verbal del alumnado*. El último factor está conformado por ítems relacionados con una conducta violenta específica, como lo es el robar a otros, ya se trate de alumnos, profesores o de la escuela por lo que se denominará a este factor como *robar.* Estos factores en su conjunto explican el 49.4% de la varianza total. La medida de adecuación de la muestra de Kaiser-Meyer-Olkin fue de 0.882, mientras que la prueba de esfericidad de Bartlett arrojó un resultado significativo *(x^2* = 3114.754, *gl.* 406*; p* < .001).

El cuestionario considerado en su totalidad ofrece un índice de fiabilidad alto (α = .89). Los factores muestran índices menores, aunque ello posiblemente se debe al reducido número de ítems que los componen: violencia de profesorado hacia alumnado (α = .81), violencia física entre el alumnado (α = .71), violencia del alumnado hacia el profesorado (α = .72), violencia verbal del alumnado (α = .73) y violencia física indirecta del alumnado hacia otros (α = .48).

DISCUSIÓN

El estudio presenta los resultados de la validación del CUVE en estudiantes de educación secundaria de México. Se coincide con el estudio realizado en España (Álvarez et al., 2006) en cuanto al ítem que obtiene una media más elevada («en mi escuela los estudiantes insultan a sus compañeros») y al ítem que presenta la media menos elevada («hay estudiantes en mi escuela que roban cosas de los profesores»). Por lo tanto, se observan ciertas similitudes entre ambas muestras.

Todos los ítems discriminaron de manera adecuada, esto indica que los ajustes realizados en los ítems del CUVE para adaptarlos a la población que participó en el estudio fueron correctos.

En lo que respecta a la prueba de validez conceptual, la estructura factorial obtenida en este estudio difiere ligeramente de la resultante en la investigación de Álvarez y colaboradores (2006). En ambos estudios se mantiene la dimensión de *violencia del profesorado hacia los alumnos*; sin embargo, mientras que en la muestra mexicana solo se presenta una dimensión general de *violencia verbal del alumnado*, en la muestra española esta se divide en las dimensiones de *violencia verbal del alumnado hacia otros alumnos* y *violencia verbal del alumnado hacia los profesores.* Por otra parte, en la muestra mexicana se diferencia entre la *violencia física de alumnos a otros alumnos* y la *violencia de los alumnos hacia otros profesore*s, pero en la muestra española no se diferencia a quién se dirige esta violencia, sino que se establecen dos dimensiones: *violencia física indirecta* y *violencia física directa*. En el caso de la muestra mexicana, surge una dimensión referida a una conducta violenta concreta que es la de *robar*. Esto se puede explicar por el hecho de que esta conducta es la tercera en importancia de las conductas violentas en el ámbito escolar en México, como indica el estudio de la OCDE de 2009 sobre violencia escolar.

Por último, el instrumento muestra un índice de confiabilidad alto, aunque sus cinco dimensiones presentan una confiabilidad más moderada e incluso baja, como es el caso de la dimensión *violencia física indirecta del alumnado*

hacia otros. Esto también se observó en el estudio de Álvarez y colaboradores (2006) y, como indicaron esos autores, posiblemente se debe al escaso número de ítems de algunas de estas dimensiones.

Por tanto, con base en los datos se puede concluir que el CUVE con las cinco dimensiones consideradas por Álvarez y colegas (2006) puede aplicarse a población de estudiantes de secundaria de México, con las modificaciones en los ítems propuestas en este estudio. Esto permite contar con un instrumento confiable y válido para evaluar la violencia escolar presente en escuelas secundarias en México, lo que posibilitará hacer diagnósticos que son necesarios para una correcta formulación de propuestas para la intervención en esta problemática.

Una de las principales limitaciones del estudio es que se realizó con una muestra reducida de estudiantes, por lo que son necesarios estudios con muestras más amplias y variadas en sus características sociodemográficas, que permitan generalizar estos resultados. Sin embargo, los resultados aquí obtenidos son prometedores en cuanto a la validez del instrumento CUVE para ser aplicado en población mexicana.

REFERENCIAS

Álvarez, L., Álvarez, D., González, P., Núñez, J. C., & González, J.A. (2006). Evaluación de los comportamientos violentos en los centros educativos. *Psicothema*, *18*(4), 686-695.

Abromovay, M. (2005). Victimización en las escuelas, ambiente escolar, robos y agresiones físicas. *Revista Mexicana de Investigación Educativa, 10*(26), 833-864.

Abromovay, M., & Rua, M.G. (2003). *Violencias nas escolas*. Brasilia: UNESCO.

Barragán, L.E., Valadez, I., Garza, H., Barragán, A., Lozano, A., Pizarro, H., & Martínez, B. (2010). Elementos del concepto de intimidación entre iguales que comparten protagonistas y estudiosos del fenómeno. *Revista Mexicana de Investigación Educativa, 15*(45), 553-569.

Castillo, M., & Pacheco, M. M. (2008). Perfil del maltrato (*bullying*) entre estudiantes de secundaria en la ciudad de Mérida, Yucatán. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, *13*(38), 825-842.

Chagas, R. (2005). Los maestros frente a la violencia entre alumnos. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, *10*(27), 1071-1082.

Defensor del Pueblo-UNICEF. (2000). *Informe sobre violencia escolar: el maltrato entre iguales en la Educación Secundaria Obligatoria.* Madrid: Publicaciones de la Oficina del Defensor del Pueblo.

Defensor del Pueblo. (2007, diciembre). *Informe sobre violencia escolar.* Madrid. Recuperado el 12 de diciembre de 2010, de http://www.defensordelpueblo.es/documentacion/informes-monograficos/ViolenciaEscolar2006.pdf

Dussel, I. (2005) ¿Se renueva el orden disciplinario escolar? Una lectura de los reglamentos de convivencia en la Argentina de la post-crisis. *Revista Mexicana de Investigación Educativa, 10*(27), 1109-1121.

Erazo-Santander, O. A. (2010). Reflexiones sobre la violencia escolar. *Revista de Psicología GEPU, 1***(3)**, 74-86.

Fierro, M.C. (2005). El problema de la indisciplina desde la perspectiva de la gestión directiva en las escuelas públicas del nivel básico. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, *10*(27), 1133-1148.

Furlan, A., Ramos, C., & Lara, B. (2004). *Miradas diversas sobre la disciplina y la violencia en centros escolares*. Guadalajara: UDG-SEJ.

Garza, H.R., Barragán, L.E., Pizarro, H., & Butzman, J.G. (2008). Maltrato entre iguales en los estudiantes adolescentes de una escuela secundaria. *Revista Enlaces Académicos*, *1*(2), 72-77.

Gómez, A. (2005). Violencia e institución educativa. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, *10*(26), 693-718.

Maldonado, M.M. (2005). Noviazgo, emotividad y conflicto en las relaciones sociales entre alumnos de la escuela media argentina. *Revista Mexicana de Investigación Educativa, 10*(26), 719-737.

Muñoz, G. (2008). Violencia escolar en México y en otros países. Comparaciones a partir de los resultados del Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, *10*(39), 1195-1228.

Olweus, D. (1998). *Conductas de acoso y amenaza entre escolares*. Madrid: Morata.

Organización Mundial de la Salud (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Publicación científica y técnica n.°. 588. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud-Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.

Onneto, F. (2005). Posibilidades y limitaciones de las políticas educativas para afrontar la problemática de la violencia. *Revista Mexicana de Investigación Educativa, 10*(27), 1123-1132.

Oñate, A., & Piñuel, I. (2005). *Informe Cisneros VII: violencia y acoso escolar en alumnos de primaria, ESO y bachiller.* Madrid: Instituto de Innovación educativa y Desarrollo Directivo.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (2009, septiembre). *Creating Effective Teaching and Learning Environments.* Recuperado el 14 de septiembre de 2010, de http://www.oecd.org/dataoecd/17/51/43023606.pdf

Ortega, R. (2005). Violencia escolar en Nicaragua. Un estudio descriptivo en escuelas de primaria. *Revista Mexicana de Investigación Educativa, 10*(26), 787-804.

Prieto, M. (2005). Violencia escolar y vida cotidiana en la es-

cuela secundaria. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, *10*(27), 1005-1026.

Ramos, M. A. (2005). La comunidad de la preparatoria 2 de la Universidad de Guadalajara. Actitudes de sus miembros respecto de la violencia y la no violencia escolar. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, *10*(27), 1047-1070.

Saucedo, C. (2004). El "relajo" y el "respeto" en la escuela: formas culturales de participación en el marco de la disciplina escolar. En A. Furlan, C. Saucedo y B. Lara (coords.), *Miradas diversas sobre la disciplina y la violencia en centros escolares*. México, D.F.: UDG-SEP.

Saucedo, C. (2005). Los alumnos de la tarde son los peores. Práctica y discursos de posicionamiento de la identidad de alumnos problema en la escuela secundaria. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, *10*(26), 641-668.

Smith, P.K. (2004). Bullying recent developments. *Child and Adolescent Mental Health, 9*, 98-103.

Smith, P.K., & Sharp, S. (1994). *School Bullying. Insights and Perspectives*. Londres: Routledge.

Sús, M.C. (2005). Convivencia o disciplina. ¿Qué está pasando en la escuela? *Revista Mexicana de Investigación Educativa, 10*(27), 983-1004.

Tello, N. (2005). La socialización de la violencia en las escuelas secundarias. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, *10*(27), 1165-1181.

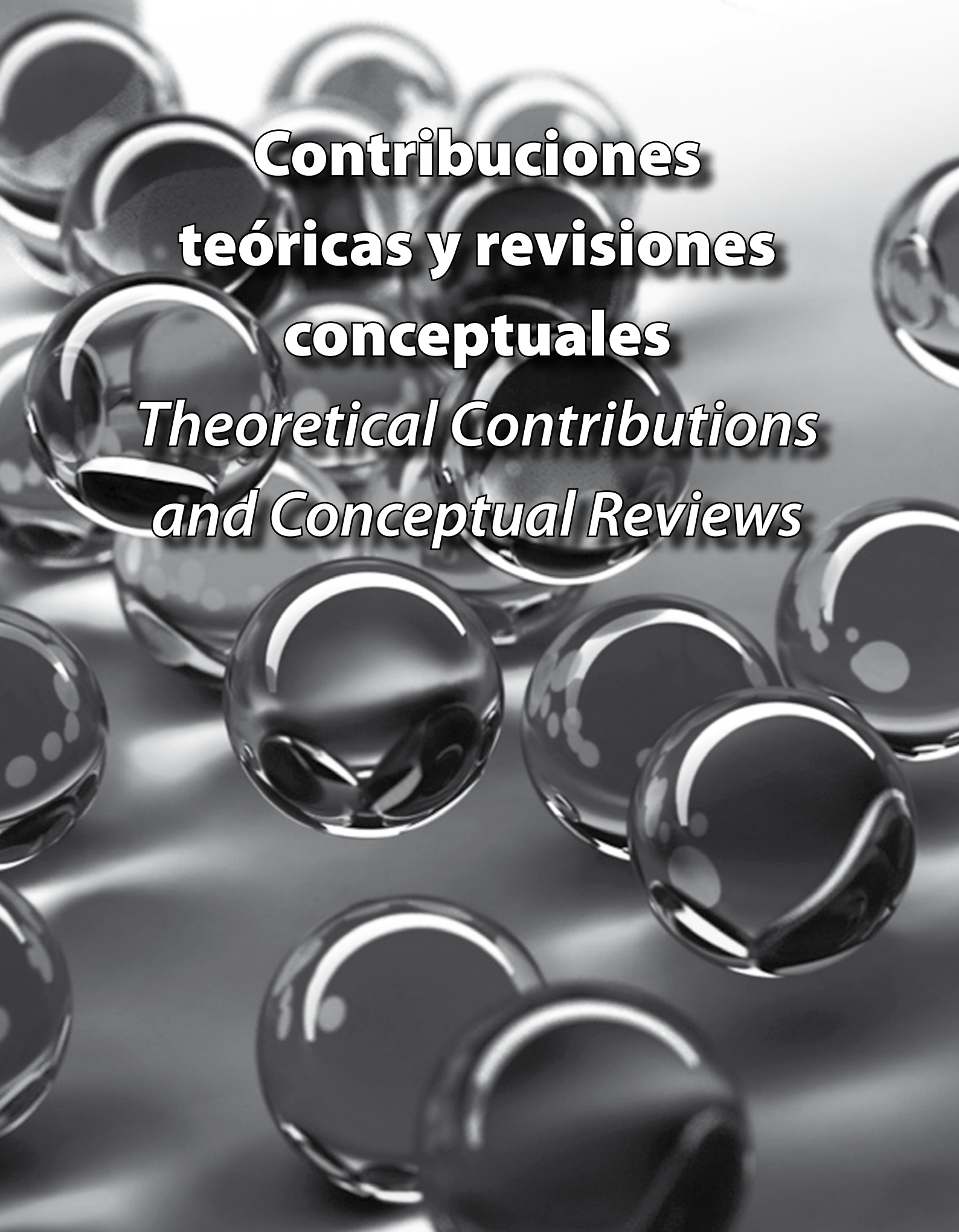
Uanini, M. (2005). Una escuela dentro de una escuela. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, *10*(27), 1183-1190.

Valadez, I., & Martin, S. (2008). El trabajo participativo con docentes. Una búsqueda de propuestas para enfrentar el maltrato entre iguales. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, *13*(36), 87-111.

Vázquez, R., Villanueva, A., Rico, A., & Ramos, A. (2005). La comunidad de la preparatoria 2 de la Universidad de Guadalajara. *Revista Mexicana de Investigación Educativa, 10*(27), 1047-1070.

Velázquez, L. M. (2005). Experiencias estudiantiles con la violencia en la escuela. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, *10*(26), 739-764.

Recibido el 11 de marzo de 2011
Revisión final 27 de diciembre de 2011
Aceptado el 13 de enero de 2012



Contribuciones teóricas y revisiones conceptuales

Theoretical Contributions and Conceptual Reviews

Impacto de las prácticas de crianza sobre el desarrollo de las funciones ejecutivas durante la infancia. Una revisión de la literatura

Florencia Stelzer, Mauricio Cervigni y Pablo Martino

Universidad Nacional de Rosario. Argentina

Resumen

El término prácticas de crianza (PC) hace referencia a una serie de comportamientos y manifestaciones afectivas de los progenitores y/o responsables del menor, que se caracterizan por estar orientados principalmente a la socialización y al cuidado del infante. Diversas investigaciones han hallado un vínculo entre las PC y el desarrollo de ciertas habilidades cognitivas y emocionales del niño. Entre ellas destacan las funciones ejecutivas (FE), que conforman un conjunto de procesos cognitivos de orden superior, cuyo desarrollo está fuertemente asociado a la plasticidad cerebral dependiente de la experiencia. El presente artículo constituye una revisión del vínculo hallado entre las PC y el desarrollo de las FE durante la infancia. El objetivo de este trabajo es presentar los diferentes diseños utilizados para el estudio de la relación entre ambos constructos, confrontando los resultados de las distintas investigaciones. Se concluye señalando que la diversidad metodológica y operativa de los estudios analizados no permite efectuar una afirmación definitiva respecto del vínculo entre las PC y el desarrollo de FE. Por tal motivo, se plasmarán algunas consideraciones metodológicas que podrían clarificar el vínculo entre ambos constructos.

Palabras claves: *crianza, funciones ejecutivas, infancia, desarrollo.*

Dirigir toda correspondencia sobre este artículo a: Florencia Stelzer. Instituto Rosario de Investigación en Ciencias de la Educación. Facultad de Psicología. Tel. (54) 0341 15-3657602. Bv. 27 de Febrero 210 Bis (Ocampo y Esmeralda) Rosario Santa Fe 2000 Argentina.
Correo electrónico: florenciastelzer@gmail.com.
RMIP 2012, 24-36.
ISSN-impresa: 2007-0926
www.revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com
Derechos reservados ®RMIP

Parenting influences on executive functions development during childhood. A review.

Abstract

Parenting practices refer to a set of behavioral and emotional manifestations aimed at the socialization and care of children. Several investigations have found relationships between quality of parenting and children's cognitive and affective development. Among those cognitive processes, the executive functions are strongly associated with brain plasticity which, in turn, is affected by experience. This article is a review of the main links found between parenting practices and the development of executive processes during childhood. The objective of this work is to present different designs used for the study of the relationship between executive functions and parenting practices and to confront their results. It is concluded that the methodological and operational diversity of the analyzed studies does not support a definitive relationship between parenting practices and the development of executive functions. For this reason, some methodological considerations will be made to clarify the relationships between both constructs.

Keywords: *Executive functions, parenting, childhood, development.*

INTRODUCCIÓN

El término prácticas de crianza (PC) ha sido utilizado para designar los diversos patrones de comportamiento y manifestaciones afectivas de los progenitores y/o responsables del menor, destinados principalmente a su socialización y cuidado. Si bien existen en la actualidad algunas

diferencias entre los autores que abordan dicho constructo, gran parte distingue tres dimensiones principales en el estudio de las PC. Por un lado, una dimensión referida a la sensibilidad y capacidad de respuesta de los progenitores y/o cuidadores (Calkins, Hungerford, & Dedmon, 2004; Bornstein, Hendricks, Haynes, & Painter, 2007; Kanat-Maymon & Assor, 2010); por otro lado, una dimensión relativa a la estimulación cognitiva que dichos progenitores proporcionan al infante (Landry, Smith, Swank, & Miller-Loncar, 2000; Landry, Miller-Loncar, Smith, & Swank, 2002; Lugo-Gil & Tamis-LeMonda, 2008); finalmente, una tercera dimensión que integra modo de disciplina y regulación del comportamiento que éstos (progenitores) ejercen sobre el niño (Eisenberg, Zhou, Losoya, Fabes, Shepard et al., 2003; Eisenberg, Zhou, Spinrad, Valiente, Fabes et al., 2005) .

Diversas investigaciones han evidenciado la existencia de un vínculo entre las PC y el desarrollo cognitivo y afectivo del infante (Eisenberg et al., 2003; Eisenberg et al., 2005; Dilworth-Bart, Poehlmann, Hilgendorf, Miller, & Lambert, 2009; Dilworth-Bart, Poehlmann, Miller, & Hilgendorf, 2010). Específicamente, algunos estudios enmarcados dentro del paradigma de la neurociencia cognitiva del desarrollo han hallado que variaciones en las PC podrían repercutir sobre el neurodesarrollo del niño y, concomitantemente, en su comportamiento y su rendimiento cognitivo (De Bellis, 2005; Hane & Fox, 2006; Vanderwert, Marshall, Nelson, Zeanah, & Fox, 2010; Sheese, Voelker, Rothbart, & Posner, 2007; Voelker, Sheese, Rothbart, & Posner, 2009; Narusyte, Neiderhiser, Andershed, D'Onofrio, Reiss et al., 2011).

Dentro del paradigma de las neurociencias cognitivas del desarrollo, el término funciones ejecutivas (EF) ha sido definido como un conjunto de operaciones cognitivas cuya maduración estaría fuertemente asociada a la plasticidad cerebral dependiente de la experiencia (Bunge, Dudukovic, Thomason, Vaidya, & Gabrieli, 2002; Crone, Wendelken, Donohue, van Leijenhorst, & Bunge, 2006; Carlson, 2009). Tales operaciones se caracterizarían por estar involucradas en la realización de tareas que implican la regulación del comportamiento, el pensamiento y la afectividad, en pos del logro de una meta.

El rendimiento en tareas que evalúan las EF se ha vinculado a la actividad de regiones cerebrales específicas, principalmente la corteza prefrontal (CPF) y la corteza cingulada anterior (ACC) (Aron, 2008; Bhanji, Beer, & Bunge, 2010; Stelzer, Cervigni, & Martino, 2010). Algunos autores han considerado que durante el periodo preescolar, la estimulación ambiental presentaría una influencia significativa en el desarrollo de las áreas corticales vinculadas a dichas funciones (Bunge et al., 2002). Tal maduración explicaría las mejoras en el desempeño ejecutivo observadas durante la infancia (Crone et al., 2006; Bunge & Crone, 2009).

Considerando la importancia que el correcto desarrollo de los procesos de control ejecutivo presenta para la adecuada adaptación del individuo a su ambiente –y en función de lo anteriormente expuesto–, se realizará una revisión de diversos trabajos destinados al estudio del impacto de las PC sobre el desarrollo de las EF durante la infancia. Asimismo, para alcanzar dicha meta se efectuará una búsqueda bibliográfica bajo el criterio «palabra clave» en ciertas publicaciones indexadas (Pubmed), enfocadas en el estudio de dicha relación. Su objetivo es confrontar tanto los resultados hallados entre diversos autores, como los diferentes diseños empleados para el estudio de la vinculación entre las PC y el desarrollo de las EF. Se considera, además, que dicha revisión podría vislumbrar algunos interrogantes futuros sobre esta temática y sus diseños específicos.

FUNCIONES EJECUTIVAS (EF)

El término funciones ejecutivas (EF) tiene sus orígenes en la neuropsicología clínica. Dicho

constructo fue utilizado para designar las funciones de control cognitivo y afectivo de orden superior, posibilitando el logro de un comportamiento dirigido a una meta. Las FE constituirían la manifestación observable de la intervención de diversas operaciones de control cognitivo, entre las cuales pueden mencionarse la mantención, manipulación y actualización de la información en la mente; la supresión de respuestas automatizadas, el cambio y la focalización de la atención, entre otras (Burgess, Alderman, Forbes, Costello, Coates et al., 2006). El primer investigador en introducir el término EF dentro de la literatura específica fue Lezak (1982), quien las defendió como las capacidades mentales esenciales para llevar a cabo una conducta eficaz, creativa y aceptada socialmente. No obstante, Luria (1974) había realizado una primera aproximación al concepto, cuando observó que los pacientes con lesiones en la corteza prefrontal (PFC) presentaban problemas de motivación y de iniciativa, y eran incapaces de planificar metas y/o objetivos.

Desde sus orígenes, la definición conceptual y operacional de las EF implicó ciertas dificultades. Este hecho se debe a que no existe una clara distinción entre el nivel de descripción de los constructos teóricos desarrollados para explicar las EF (Ej. [a] constructo «memoria de trabajo»; [b] constructo «alternancia»), las operaciones cognitivas asociadas a estos (Ej. [a] mantención, actualización y manipulación de la información en la mente; [b] mantención, actualización, supresión de respuestas, generación de nuevas respuestas), y su descripción funcional (Ej. [a] repasar mentalmente un número telefónico para recordarlo; [b] suprimir una respuesta ya aprendida frente a una señal del medio para producir una respuesta novedosa) (Burgess et al., 2006).

Sumado a lo anterior, muchas de las tareas clásicas adoptas para evaluar las EF fueron muy disímiles entre sí respecto de las demandas de operaciones cognitivas cuya resolución requería. No obstante, y por razones de simplificación, los distintos autores clasificaron procedimientos diferentes entre sí como posibles formas de evaluación de un mismo constructo teórico. Por ejemplo, el Wisconsin Card Sort Test (WCST) (Grant & Berg, 1948) y la versión desarrollada para infantes de dicho procedimiento (Dimensional Change Card Sort [DCCS]) (*Zelazo*, *2006*) han sido consideradas por algunos autores como tareas destinadas a evaluar el constructo teórico «inhibición».

Por el contrario, otros investigadores los han concebido como procedimientos que permitiría evaluar el constructo «alternancia» (Garon, Bryson, & Smith, 2008). Asimismo, mientras que algunos autores establecieron que las tareas «Torre de Hanoi» (Shallice, 1982) y «Torres de Londres» (Krikorian, Bartok, & Gay, 1994) permitirían evaluar el constructo «inhibición», otros postularon que dichas pruebas evaluarían el constructo «memoria de trabajo» o «planificación» (Berg & Byrd, 2002; Huizinga, Dolan, & van der Molen, 2006; Welsh, Satterlee-Cartmell, & Stine, 1999).

Por otro lado, muchas de las pruebas diseñadas para evaluar el desarrollo de las EF en infantes fueron concebidas como versiones simplificadas de los procedimientos «clásicos» utilizados en adultos. Este hecho condujo a que estas replicaran las falencias operacionales de las tareas empleadas en adultos, dificultándose de este modo la determinación de las trayectorias de desarrollo de las diferentes operaciones implicadas en el EF. Asimismo, tal inconveniente obstaculizó la precisa identificación de las diferentes variables moduladoras del desarrollo de tales operaciones. Por tal motivo, antes de describir la posible vinculación entre las PC y el desarrollo de las EF, se explicarán brevemente las características de las principales tareas destinadas a evaluar las EF en infantes.

EVALUACIÓN DEL EF EN INFANTES

La importancia de la integridad de las EF para la adaptación del sujeto a su medio, condujo a

que su estudio adquiera una significativa relevancia científica. Por tal motivo, en las últimas tres décadas, numerosos autores han diseñado procedimientos destinados a evaluar las EF durante la infancia.

Asimismo, las tareas podrían clasificarse en «simples» o «complejas», en función del número de operaciones cognitivas que su resolución requeriría. Las primeras se caracterizan por implicar una única operación cognitiva o una baja exigencia de otras operaciones cognitivas para su resolución. Un ejemplo puede ser la tarea de respuesta demorada (Diamond & Doar, 1989), cuya realización exige exclusivamente la mantención de la información en la mente. En tal procedimiento, un objeto que despierta el interés del infante se oculta en una de dos locaciones posibles. Tras transcurrir cierto periodo de tiempo, el infante debe recuperarlo. Como puede apreciarse, el correcto desempeño en tal tarea dependería predominantemente de la capacidad del infante de mantener en la mente la representación del objeto y su localización. Asimismo, otros ejemplos posibles de procedimientos de evaluación de las EF simples son las tareas que responden al paradigma de «demora en la gratificación» (Metcalfe & Mischel, 1999), que presentan una demanda predominante de la operación cognitiva de supresión de una respuesta. En tales tareas, el infante debe postergar la obtención de una recompensa inmediata, por ejemplo, dos caramelos, para obtener posteriormente una recompensa de mayor valor, por ejemplo, cinco caramelos.

Por el contrario, las tareas de evaluación de las EF complejas se caracterizan por requerir diferentes operaciones cognitivas para su resolución. Ejemplos de tareas complejas son las tareas «*Spin the pots*» (Bernier, Carlson, & Whipple, 2010), «*Categorization Task*» (Carlson, Mandell, & Williams, 2004), «Shape Stroop» (Kochanska, Murray, & Harlan, 2000), «*Reverse categorization*» (Carlson *et al*., 2004), «*Baby Stroop*» (Hughes & Ensor, 2005), «*Spatial conflict*» (Gerardi-Caulton, 2000), «*Detour-reaching box*» (Hughes & Russell, 1993), «*Spatial reversal*» (Carlson et al., 2004), «*Object reversal task*» (Overman, Bachevalier, Schuhmann, & Ryan, 1996) y «*Multilocation search*» (Carlson, 2005).

La correcta ejecución de estas tareas depende de diversas operaciones cognitivas, entre las cuales pueden mencionarse el mantenimiento y la actualización de la información, el cambio atencional, la supresión de respuestas, etc. Por ejemplo, en la tarea «*Baby Stroop*» (Hughes et al., 2005) se le solicita al infante que agrupe una serie de tarjetas que presentan dos tipos de imágenes (Ej. cucharas y bowls), conforme con su tamaño (grande y pequeño). Posteriormente, se le pide que cambie el criterio de agrupación inicial, uniendo las cucharas «pequeñas» con los bowls «grandes» y los bowls «grandes» con las cucharas «pequeñas». El correcto desempeño en esta tareas requeriría mantener una representación en la mente (criterio de clasificación inicial), actualizar tal representación (generar un nuevo criterio de clasificación) y suprimir una respuesta dominante (actuar conforme con el criterio de clasificación previo).

Por otro lado, en la tarea «*Shape Stroop Task*» se le muestran al niño figuras de frutas de menor tamaño insertadas en el gráfico de frutas de mayor tamaño, y se le pide que mencione el nombre de la fruta de menor tamaño. La adecuada respuesta/el correcto desempeño en esta tarea requeriría que el niño *cambiara la atención* sobre las características perceptivas más sobresalientes (fruta de mayor tamaño) *y suprimiera* la tendencia a mencionar la imagen de mayor volumen.

Dado que la realización de tareas complejas implica la participación de diversas operaciones cognitivas, ciertos autores han considerado una misma tarea como formas de evaluar diferentes constructos teóricos. Por ejemplo, Bibok, Carpendale, & Mûller (2009) consideran que la tarea «*Shape Stroop task*» (Carlson et al., 2004) constituiría una forma de evaluar el constructo

«cambio atencional», mientras que Garon y colegas (2008) la consideran como una forma compleja de evaluar el constructo «inhibición», y Bernier y colegas (2010) la toman como una forma compleja de medir el constructo «alternancia». Por tal motivo, al describir los diferentes trabajos que vinculan las PC y las EF, se detallarán tanto los constructos teóricos estudiados como algunos de los procedimientos empleados para su evaluación.

FUNCIONES EJECUTIVAS Y CRIANZA

Diversas investigaciones han señalado la existencia de un vínculo entre las prácticas de crianza parentales y el desempeño ejecutivo del infante. El estudio longitudinal de Bernier y colegas (2010) constituye un ejemplo paradigmático de estas. Este estudio analiza la relación existente entre las prácticas de crianza maternal en un rango de edad de 12 a 15 meses y el desempeño ejecutivo de los infantes a los 18 y 26 meses. En este estudio se consideran tres dimensiones del constructo «prácticas de crianza» (PC), designadas respectivamente así: «sensibilidad materna», «soporte / autonomía» y «mentalización». En la dimensión «sensibilidad materna» se integran las respuestas «apropiadas» y/o «consistentes» de los progenitores frente las señales del infante. El término «soporte / autonomía» hace referencia a la capacidad de los padres de respetar y apoyar las metas y elecciones de su descendencia, fomentando de esta forma el desarrollo de la autonomía del infante. Finalmente, Con la dimensión «mentalización» se busca evaluar la capacidad de los padres de utilizar conceptos mentales en sus interacciones con el niño, y de proporcionar herramientas de carácter verbal para regular su comportamiento.

Las dimensiones descritas fueron evaluadas mediante la observación, el registro audiovisual y la codificación de la conducta interactiva entre la madre y el infante, tanto en el hogar como en el laboratorio. Cabe aclarar que las EF evaluadas a los 18 meses fueron memoria de trabajo–tarea compleja «*Hide the Pots*»–adaptada de «*Spin the Pots*» de Hughes et al., 2005) y categorización–*tarea compleja «Categorization Task»*–(Carlson et al., 2004). Asimismo, las EF estudiadas a los 26 meses fueron memoria de trabajo–tarea compleja «*Spin the Pots*»–(Hughes et al., 2005), alternancia–tareas complejas «*Shape Stroop*» y «*Baby Stroop*»–(Kochanska et al., 2000; Hughes et al., 2005) y control inhibitorio–tarea simple «*Delay of Gratification*»–(Kochanska et al., 2000).

A su vez, las puntuaciones de «*Hide the Pots*» y «*Categorization*», tareas empleadas para evaluar EF a los 18 meses, no mostraron una correlación significativa entre sí, por lo cual los registros de ambas tareas fueron considerados por separado en los análisis subsecuentes. Por el contrario, las puntuaciones de las tareas de EF utilizadas a los 26 meses mostraron correlaciones significativas entre sí, siendo sometidas, por tal motivo, a un análisis factorial de componentes principales. Dicho procedimiento proporcionó una solución de dos factores que explicaba el 64.7% del total de la varianza. El primer factor el desempeño en la tarea«*Delay of Gratification*», adjudicándosele por tal motivo la etiqueta «control de los impulsos». Por otro lado, el segundo factor resumía el rendimiento en las tareas «*Spin the Pots*», «*Baby Stroop*» y «*Shape Stroop*», por lo cual dicho factor fue designado como «EF de conflicto».

La estructura factorial obtenida se conservó utilizándose las puntuaciones estandarizadas de tales factores para los posteriores análisis. Las correlaciones bivariadas entre las diferentes dimensiones de la crianza el desempeño del niño en las diferentes tareas ejecutivas, mostraron que el grupo de madres que presentaba puntaciones más elevadas en la dimensión sensibilidad a los 12 meses tenía niños que mostraban un mejor desempeño en las tareas de memoria de trabajo a los 18 meses. Asimismo, estos infantes presentaban mejores puntuaciones en el factor «EF de conflicto» a los 26 meses. Por otro lado, los menores cuyas madres mostraban puntua-

ciones más elevadas en la dimensión «mentalización» a los 12 meses, evidenciaban un mejor desempeño en memoria de trabajo a los 18 meses. Asimismo, dichos niños manifestaban un mejor desempeño en las tareas resumidas en los factores «EF de conflicto de conflicto» y control de los impulsos a los 26 meses.

No obstante, este último vínculo no se sostuvo al controlar el efecto del desarrollo intelectual del niño. Finalmente, aquellas madres que presentaban puntuaciones más elevadas en la dimensión «autonomía - soporte» a los 15 meses, tenían infantes que rendían mejor en las pruebas de memoria de trabajo y categorización a los 18 meses, y en el factor «EF de conflicto» a los 26 meses. Posteriormente, las autoras aplicaron análisis de regresión jerárquica para determinar el efecto de cada dimensión de la crianza sobre las EF. En este caso, los análisis revelaron que cuando dos dimensiones de la crianza eran consideradas como predictores del EF del niño –ya fuera a los 18 o a los 26 meses de edad–, no existían contribuciones aditivas en su capacidad predictiva, siendo la dimensión «autonomía soporte» la única que conservaba un efecto significativo sobre el desempeño ejecutivo del niño.

Finalmente, Bernier y colegas (2010) realizaron análisis de regresión para determinar cómo las diferentes dimensiones de la crianza contribuían a las mejoras en el desempeño ejecutivo entre los 18 y los 26 meses de edad. Los resultados del análisis mostraron que la dimensión mentalización operaba como la única predictora de dichos cambios. En síntesis, los hallazgos de Bernier y colegas (2010) indicarían que el impacto de las diversas dimensiones de la crianza sobre el desempeño ejecutivo del niño podrían variar en función de su edad, de su desarrollo cognitivo y de la tarea de control cognitivo considerada.

Desde otra perspectiva, Hughes y colegas (2005) realizaron un estudio transversal con infantes de 2 años de edad, en el cual examinaron la asociación entre el desempeño en tareas de FE y teoría de la mente (TOM), y su vinculación con variaciones en «factores familiares distantes» (desventaja social, número de hermanos) y «factores familiares próximos» (cualidad de la relación de los infantes con sus padres y hermanos). Los autores antes mencionados evaluaron las PC por medio de la observación, el registro audiovisual y la puntuación de la conducta de los progenitores para diferentes dimensiones (responsividad, afecto, conflicto) en diferentes tipos de escenarios (juego libre, juego estructurado, orden de juguetes) y contextos (hogar y laboratorio).

Por otro lado, las EF evaluadas por Hughes y colegas (2005) incluían tareas de EF complejas con demandas de diferentes operaciones cognitivas (Baby Stroop, Spin the Pots task; Beads task; Trucks task; Detour-Reaching box [Hughes et al., 2005]). No obstante, al analizar los resultados de los desempeños de los infantes en las diferentes pruebas de EF, estos fueron resumidos por Hughes y colegas (2005) mediante el criterio «*pass/fail*». Asimismo, en posteriores análisis dichos autores consideraron el desempeño ejecutivo a través de la variable número total de tareas de EF que el sujeto había superado (criterio «pass»). Al analizar el vínculo entre las PC el desempeño ejecutivo de los infantes mediante el análisis de regresión jerárquica, se pudo evidenciar que existía una cualidad de relación positiva entre los infantes y sus padres. Dicha resolución permitía explicar un 8% de la varianza del desempeño en EF de los menores estudiados. No obstante, esta relación no se sostenía al controlar el efecto de la edad, habilidad verbal y desventaja social.

La incongruencia en los resultados entre el trabajo de Bernier y colegas (2010) y Hughes y colegas (2005) respecto de la influencia de la crianza sobre el desempeño ejecutivo podría fundarse en diferencias en el procesamiento de los datos correspondientes al desempeño ejecutivo. Hughes y colegas (2005) consideraron un criterio «pass/fail», tomando como varia-

ble dependiente de sus análisis el número total de pruebas superadas (criterio «pass»). Por el contrario, Bernier y colegas (2010) analizaron el desempeño ejecutivo, considerando a los 18 meses el desempeño en cada prueba particular, y a los 26 meses las puntuaciones en los factores «control de los impulsos» y «EF de conflicto». Por otro lado, también existen diferencias entre ambos trabajos en las características de las muestras implicadas. En el caso de Bernier y colegas (2010), la muestra poblacional utilizada se correspondía con niños de «nivel socioeconómico medio», mientras que en el caso Hughes y colegas (2005) correspondía a infantes de «nivel socioeconómico bajo». Este hecho podría indicar que el impacto de la crianza sobre el desarrollo de las EF variaría de acuerdo con las condiciones sociales en las que se encuentre la díada (Bernier et al., 2010).

Respecto de esta última hipótesis, Dilworth-Bart y colegas (2010) analizaron el papel modulador que tendrían la presencia de ciertos riesgos neonatales y el andamiaje materno durante el juego en niños con 16 meses de edad; sobre el impacto que tendría la presencia de determinados riesgos socio-económicos (RSE), tales como años de escolaridad materna y valor de ingreso percibido, en el desempeño cognitivo del infante a los 24 meses de edad (procesamiento visual-espacial y la memoria de trabajo). El «procesamiento visual-espacial» y la «memoria de trabajo» se evaluaron a través de algunos subtests de las Escalas de Inteligencia de Stanford-Binet (Roid, 2003a; Roid, 2003b).

En lo que respecta al «andamiaje materno durante el juego», se evaluó por medio del registro audiovisual de la conducta interactiva madre-niño. Para tal fin, se distinguieron dos tipos de andamiaje denominados respectivamente «flexible» y «directivo». El primero se caracterizó por el respeto del foco de interés del niño durante la interacción con su madre. Por el contrario, el segundo se distinguió por la redirección del interés del niño sin respeto por la actividad cognitiva actual del infante. Los resultados a los cuales arribaron Dilworth-Bart y colegas (2010) evidenciaron que la presencia de riesgos neonatales no modulaba el impacto de los RSE sobre el desempeño cognitivo del niño. No obstante, las conductas de andamiaje materno –ya sea de tipo «directivo» o «flexible»– modulaban parcialmente la asociación entre los RSE y el desempeño cognitivo del infante a los 24 meses. Específicamente, dichos autores hallaron un vínculo entre la presencia de un nivel socioeconómico alto, la utilización de conductas de tipo flexible a los 16 meses de vida y el desempeño del infante en tareas de procesamiento viso-espacial a los 24 meses.

Asimismo, se observó que niños de un nivel socioeconómico alto, cuyas madres utilizaban un menor número de comportamientos de «tipo directivo», presentaron un mejor desempeño en el procesamiento viso-espacial a los 24 meses. No obstante, esta tendencia no se encontró en niños con nivel socioeconómico bajo. Este hallazgo podría indicar que el impacto de la cualidad de las directivas maternas sobre el desarrollo cognitivo estaría asociada al nivel socioeconómico del niño. Sin embargo, las características de la muestra implicadas en este trabajo y el resultado no significativo de algunos análisis *pos-hoc* relativizarían esta afirmación.

En sintonía con el trabajo antes mencionado, Bibok (2007) realizó un estudio transversal en el que analizó el modo en que diferentes formas de «andamiaje paternal» predecían el desempeño en tareas que evaluarían el constructo «cambio atencional» en infantes de nivel socioeconómico medio (rango 20–29 meses de edad). Las tareas empleadas por Bibok (2007) para evaluar «cambio atencional» fueron las tareas complejas «*Shape stroop task*» (Carlson et al., 2004), «*Delayed alternation task*» (Landry et al., 2002) y *Reverse* «*Categorization task*» (Carlson et al., 2004). Por otro lado, dicho autor evaluó la variable «andamiaje» a través de la codificación de la conducta interactiva entre el infante

y su progenitor en la realización de un juego estructurado (armado de rompecabezas) en el contexto del laboratorio.

Bibok (2007) distinguió en su trabajo dos formas de andamiaje. En primer lugar, consideró las manifestaciones de los padres, que siendo contingentes a la actividad cognitiva del niño proporcionaban explícitamente la resolución de una tarea. Estas manifestaciones se caracterizaban por ser intrusivas respecto de la actividad actual del niño, guiándolo bruscamente hacia la resolución de la actividad propuesta. Dichas orientaciones fueron categorizadas como «manifestaciones directivas». En segundo término, Bibok (2007) analizó aquellas expresiones de los padres, que manifestaban recursos auxiliares de orientación de la actividad desarrollada por el niño, aunque esta no brindase una solución directa de la tarea; a diferencia de las conductas anteriores de parte de los progenitores, dicha manifestación evidenciaría cierto respeto por la autonomía del infante. Estas expresiones fueron categorizadas por Bibok (2007) como «manifestaciones de elaboración».

Los resultados obtenidos por este autor revelaron que únicamente las «manifestaciones de elaboración», predecían el desempeño ejecutivo del infante cuando se controlaba la influencia de las variables sexo, edad, habilidad verbal y educación paterna. Este hallazgo sería congruente con los resultados de Bernier y colegas (2010), y parcialmente con los hallazgos de Dilworth-Bart y colegas (2010). Las primeras autoras hallaron que las puntuaciones de las díadas a los 12 meses de edad en la dimensión «autonomía-soporte» predecían el desempeño de los niños en las tareas resumidas bajo el factor «EF de conflicto» a los 26 meses. La definición teórica de dicha dimensión de la crianza resulta congruente con la categoría «manifestaciones de elaboración».

Asimismo, las tareas de resolución de conflicto en el trabajo de Bernie y colegas (2010) presentan demandas cognitivas equivalentes a la batería de funciones ejecutivas empleada por Bibok (2007). Por otro lado, Dilworth-Bart y colegas (2010) hallaron un vínculo entre la utilización de «conductas flexibles» a los 16 meses de vida y el desempeño del infante en tareas de procesamiento viso-espacial a los 24 meses de edad.

Asimismo, en un trabajo anterior –conforme con la misma perspectiva teórica– Landry y colegas (2000) analizaron el impacto diferencial del empleo de comportamientos de tipo «directivo» y «no directivo» por parte de los progenitores sobre el desarrollo cognitivo general del infante a los 2 y 3 años y medio de edad, y sobre el desarrollo específico de las EF a los 4 años y medio de edad. El desarrollo cognitivo general del infante se evaluó por dos instrumentos diferentes según la edad del niño. En primer lugar, para evaluar a los niños de 2 años de edad se utilizó la Escala de Desarrollo Mental (Bayley, 1969). En segundo lugar, para evaluar a los niños de 3 años y medio de edad se implementó el Test de Inteligencia de Stanford-Binet (Thorndike, Hagen, & Sattler, 1986). Para estudiar las EF se utilizaron tareas de tipo no estandarizadas, las cuales implicaban la realización de un comportamiento dirigido a una meta. En el caso de las tareas complejas, se demandó la participación de varias operaciones de control ejecutivo: mantención, actualización y manipulación de la información, cambio atencional, generación de respuestas.

Es de destacar que las categorías postuladas por Landry y colegas (2000) para evaluar las PC («comportamiento de carácter directivo» y «comportamiento no directivo») serían equivalentes –a nivel operacional– a las categorías empleadas por Bibok (2007), y Dilworth-Bart y colegas (2009; 2010) en sus respectivos trabajos. Landry y colegas (2000) hallaron que la utilización de directivas a los 2 años de edad del infante tenía un impacto positivo sobre el desarrollo cognitivo general del niño durante dicho periodo temporal. No obstante, la utilización de estas directivas

en niños de 3 años y medio de edad predecían un rendimiento cognitivo inferior en EF a los 4 años y medio de edad del niño.

Por el contrario, la utilización de expresiones equivalentes a la categoría «conductas de elaboración» a los 3 años y medio de edad operaba como un predictor de óptimo desempeño ejecutivo a los 4 años y medio de edad. Si bien tales resultados podrían indicar que el efecto de las distintas formas de soporte cognitivo proporcionado por los padres variaría en función del grado de desarrollo cognitivo del infante, una de las críticas fundamentales a dicha comparación surge de que, en general, las tareas utilizadas para evaluar desarrollo cognitivo en las diferentes edades seleccionadas no serían completamente equivalentes en las demandas de operaciones cognitivas que estas implican. Este déficit en el diseño alerta a la hora de afirmar de forma concluyente respecto de las implicaciones de tales resultados.

Asimismo, es importante mencionar que la muestra considerada en el estudio estuvo integrada por niños a término (n = 104) y niños prematuros (n = 185), todos ellos provenientes de familias con nivel socioeconómico medio-bajo/ bajo. De este modo, si se cotejan los resultados obtenidos en los trabajos de Landry y colegas (2000) con los elaborados por Dilworth-Bart y colegas (2010), se evidenciaría una amplia variación en el posible vínculo entre las variables nivel socioeconómico, tipo de andamiaje y el rendimiento del infante en tareas de EF a lo largo del desarrollo.

Por otro lado, en un trabajo posterior, Landry y colegas (2002) analizaron la influencia que ejerce el andamiaje verbal (AV) proporcionado por las madres en niños de 3 y 4 años de edad, sobre su posterior desempeño ejecutivo (6 años de edad). El AV se avaluó a través de la observación de la conducta materna en situaciones cotidianas en el hogar (aseo, juego, alimentación). En el caso de las competencias no verbales y de la capacidad de memoria se avaluaron por medio del Test de Inteligencia de Stanford-Binet (Thorndike et al., 1986). En lo que respecta al desempeño ejecutivo, este se evaluó mediante tareas de EF complejas de inversión espacial y de la ejecución de comportamientos dirigidos a metas. Una de las hipótesis centrales sobre la cuales se centraron dichos estudios consistiría en que tanto las capacidades de lenguaje (L), memoria (M) y resolución de problemas de carácter no verbal (NVPR), constituirían el soporte funcional para el desarrollo de las EF en los infantes. Conforme a dicha hipótesis, Landry y colegas (2002) evaluaron el desempeño cognitivo de los niños de 3 y 4 años de edad en las habilidades antes descriptas.

Entre los resultados que obtuvieron estos autores, se puede evidenciar una relación entre el AV proporcionado por las madres a los 3 años de edad y el desempeño de los niños en las capacidades de L y NVPR a los 4 años de edad. Asimismo, se encontró una influencia indirecta entre el AV proporcionado por las madres a los 3 años de edad, sobre el posterior desempeño ejecutivo de los niños a los 6 años de edad, hallándose dicha relación mediada por el desarrollo de las capacidades de L y NVPR a los 4 años. No obstante, es de destacar que el AV proporcionado a los niños de 4 años de edad no presentaba una influencia directa sobre el posterior desempeño ejecutivo. Conforme con tales resultados, dichos autores concluyeron que el AV en periodos críticos del desarrollo del lenguaje (3 años de edad) facilitaría el posterior desarrollo de las EF.

Respecto de dichos resultados, Hughes y Ensor (2009) realizaron un estudio longitudinal en el cual analizaron el efecto de las variables planificación materna, caos familiar, consistencia de la crianza y andamiaje paternal, sobre el desarrollo ejecutivo del infante a los 2 y 4 años de edad. Para evaluar el desempeño ejecutivo en los niños de 2 años de edad, los autores utilizaron las tareas complejas denominadas «*Spin the Pots*», «*Baby Stroop task*»,

«Trucks' task», «Beads' task» y *«Detour-reaching box»* (Hughes et al., 2005). Posteriormente, específicamente a los 4 años de edad se aplicaron las mismas tareas de EF, añadiéndosele a estas la tarea denominada *«Tower of London»* (Shallice, 1982) para compensar el efecto techo que la aplicación de la tarea *«Detour-Reaching Box»* implicaría a dicha edad. Los resultados del desempeño en las diferentes tareas ejecutivas fueron sometidos al análisis factorial de componentes principales.

El previo procesamiento de los datos mostró un único factor para cada periodo de evaluación de las EF. En el caso de los registros de las puntuaciones, estos factores fueron salvados y utilizados en los posteriores análisis. Asimismo, dado que el desarrollo de las competencias verbales se ha considerado como un mediador de las mejoras en las EF, el efecto de dicha variable se controló en los diversos modelos contrastados por estos autores.

Los resultados obtenidos revelaron que los indicadores de interacciones familiares positivas a los 2 años de edad (charlas madre-hijo y respuesta paternal tranquila frente a las transgresiones) no permitían predecir el desempeño ejecutivo a los 4 años de edad, luego de ser controlado el efecto del desempeño en EF a los 2 años y las competencias verbales a dicha edad. Por el contrario, se encontró un vínculo significativo entre la presencia de «caos familiar» y el desempeño ejecutivo del infante a los 4 años de edad (controlando los efectos del desempeño ejecutivo a los 2 años y las competencias verbales). Este descubrimiento podría señalar que la presencia de "caos familiar" durante los 2 y los 4 años de edad, podría obstaculizar el desarrollo en el FE en este periodo evolutivo. Además, el desempeño ejecutivo a los 4 años de edad estaría asociado con las puntaciones en las tareas de planificación materna.

Finalmente, en lo que respecta al andamiaje materno, podría predecir diferencias individuales en el desempeño ejecutivo a los 4 años de edad. Por otro lado, esta relación continuaba siendo significativa, tras controlar el efecto del desempeño ejecutivo a los 2 años y la habilidad verbal a los 4 años. El conjunto de variables consideradas por Hughes y colegas (2009), permitiría ampliar la comprensión del vínculo entre cualidad de crianza y rendimiento en diferentes tareas de evaluación de las EF en el niño. Los diferentes modelos contrastados confirman la relación existente entre andamiaje materno y desarrollo ejecutivo, postulando además la presencia de un efecto positivo del aprendizaje por observación y el efecto adverso de un entorno familiar desorganizado sobre dicho desarrollo.

Desde otra perspectiva, Schroeder y Kelley (2009) estudiaron la relación existente entre el ambiente familiar, las prácticas de crianza y el desempeño ejecutivo de niños entre 5 y 12 años de edad. Dichos autores evaluaron el desempeño ejecutivo infantil mediante la utilización del cuestionario para padres «*Behavior Rating Inventory of Executive Function [BRIEF]* (*parent form*)» (Gioia, Isquith, Guy, & Kenworthy, 2000), el ambiente familiar (escala de auto-reporte «*Family Environment Scale–FES*» de Moos & Moos, 1984) y la variable prácticas de crianza (cuestionario de autorreporte «*Parent-Child Relationship Inventory –PCRI*» de Gerard, 1994).

Los resultados de este estudio revelaron la presencia de una relación entre la organización familiar, el soporte paternal, la capacidad de poner límites de los padres y el desempeño ejecutivo de los niños. Específicamente, la «organización familiar» se hallaría relacionada con las puntuaciones en las escalas de planificación-organización (*plan-organise*), organización de materiales (*organisation of materials*), memoria de trabajo (*working memory*), inhibición (*inhibit*), cambio (*shift*) y monitoreo *(monitor*) del BRIEF.

Por otro lado, se encontró un vínculo significativo entre las puntaciones del soporte paternal y las escalas de planificación-organización (*plan-organise*), memoria de trabajo (*working memory*) e inhibición (*inhibit).* Finalmente, el

«establecimiento de límites» se asoció a las puntuaciones de las escalas de control emocional (*emocional control*), inhibición *(inhibit*), cambio *(shift*) y monitoreo (*monitor*). Si bien este trabajo parece evidenciar la existencia de una relación específica entre los diferentes constructos, la ausencia de trabajos con características semejantes (instrumentos, edades de las muestras, etc.) no permitiría extraer conclusiones taxativas respecto del vínculo existente entre ambos constructos durante el periodo etáreo considerado.

CONCLUSIONES

Los diversos estudios revisados manifestarían la existencia de un vínculo entre los constructos PC y desarrollo de las EF, no obstante, no permiten realizar una afirmación concluyente respecto de la forma en que se establecería dicha relación a lo largo del desarrollo. Esta dificultad se fundaría principalmente, en una falta de consenso teórico y operativo en la descripción de ambos constructos (PC - EF) entre los diferentes autores. Este hecho obstaculizaría la comparación de los resultados provenientes de diferentes investigaciones.

Respecto de los trabajos revisados, algunos indicarían que el impacto de las diversas dimensiones de la crianza sobre las EF variaría en función del grado de maduración cognitiva del individuo (Landry et al., 2000) Es decir, un patrón de interacción madre-niño que favorecería el desarrollo cognitivo dentro de un periodo evolutivo, puede convertirse en un obstáculo de persistir durante el desarrollo. Dicho hallazgo señalaría la necesidad de ampliar el volumen de investigaciones longitudinales que permitan analizar la interacción entre ambos constructos a lo largo del tiempo.

Asimismo, dado que las diferentes tareas de EF suelen presentar demandas de operaciones cognitivas diversas, en la realización de tales estudios se debería considerar la utilización de instrumentos que permitan un seguimiento de las mismas operaciones cognitivas a lo largo del desarrollo.

Sumado a lo anterior, las nuevas investigaciones que aspiren a dilucidar el vínculo entre EF y PC deberían considerar en mayor grado la replicación de los instrumentos, las características de la muestra y las estrategias utilizadas en el procesamiento de los datos. Este hecho presentaría una particular importancia en lo referido al tratamiento que se realiza de los datos en bruto de aquellas tareas ejecutivas complejas. El resumen del desempeño de tareas complejas de EF, ya sea a través de un criterio «*pass/fail*» o por medio la extracción de factores principales, puede distorsionar los vínculos hallados entre las variables PC y EF. De este modo, la ampliación del número de trabajos con diseños de muestreo semejantes y preprocesamiento de los datos equiparables, facilitaría la comparación entre diferentes estudios.

Por otro lado, la presencia de estudios que señalan que el impacto de la crianza sobre el desarrollo de las EF podría ser en ciertos periodos evolutivos indirecto, estando mediado por variables cognitivas, económicas y sociales (Dilworth-Bart et al., 2010; Hughes et al., 2009; Landry et al., 2002*)*, marcaría la necesidad de ampliar el número de trabajos que consideren múltiples variables en el estudio de tal vinculación. Asimismo, se considera de vital interés aumentar a un mayor número los trabajos de meta-análisis, fundamentalmente aquellos que examinen el efecto de las diferentes variables moderadoras sobre la relación entre EF y crianza.

Si bien en la actualidad aún quedan muchos interrogantes por resolver, la ampliación del número de estudios que respondan a las características antes señaladas posibilitaría una comprensión más precisa de la relación entre PC y el desarrollo de las EF. Asimismo, dada la importancia que los procesos de control ejecutivo presentan para la adecuada adaptación social del sujeto, dicho conocimiento posibilitaría el diseño de proyectos de intervención sobre las PC, destinadas a la promoción de un óptimo desarrollo cognitivo y social de los sujetos.

REFERENCIAS

Aron, A. R. (2008). Progress in executive-function research. From tasks to functions to regions to networks. *Current Directions in Psychological Science, 17,* 124-129.

Bayley, N. (1969). *Bayley Scales of Infant Development*. Nueva York, EUA: Psychological Corporation.

Berg, W. K. & Byrd, D. L. (2002). The Tower of London spatial problem solving task: Enhancing clinical and research implementation. *Journal of Experimental and Clinical Neuropsychology, 25,* 586-604.

Bernier, A., Carlson, S. M., & Whipple, N. (2010). From external regulation to self-regulation: Early parenting. *Child Development, 81*(1), 326-339.

Bhanji, J. P., Beer, J. S., & Bunge, S. A. (2010). Taking a gamble or playing by the rules: Dissociable prefrontal systems implicated in probabilistic versus deterministic rule-based decisions. *NeuroImage Virtual Special Issue: Decision-making, Reward and Error, 49*, 1810-1819.

Bibok, M. (2007). *Social interactive quality of parent child scaffolding as a predictor of children´s executive functions.* Canada: Simon Fraser University Library.

Bibok, M. B., Carpendale, J. I., & Müller, U. (2009). Parental scaffolding and the development of executive function. *New Directions for Child and Adolescent Development, 123,* 17-34.

Bornstein, M. H., Hendricks, C. O., Haynes, M., & Painter, K. M. (2007). Maternal sensitivity and child responsiveness: Associations with social context, maternal characteristics and child characteristics in a multivariate analysis. *Infancy*, *12*, 189-223.

Bunge, S. A. & Crone, E. A. (2009). Neural correlates of the development of cognitive control**.** En J. Rumsey & M. Ernst (Eds.), *Neuroimaging in Developmental Clinical Neuroscience.* EUA: Cambridge University Press.

Bunge, S. A., Dudukovic, N. M., Thomason, M. E., Vaidya, C. J., & Gabrieli, J. D. (2002). Immature frontal lobe contributions to cognitive control in children: evidence from fMRI. *Neuron, 33,* 301-11.

Burgess, P. W., Alderman, N., Forbes, C., Costello, A., Coates, L. M-A., Dawson, D. R. Anderson, N. D., Gilbert, S. J., Dumontheil, I., & Channon, S. (2006). The case for the development and use of "ecologically valid" measures of executive function in experimental and clinical neuropsychology. *Journal of the International Neuropsychological Society, 12*(2), 194-209.

Calkins, S. D., Hungerford, A., & Dedmon, S. (2004). Mothers' interactions with temperamentally frustrated infants. *Infant Mental Health Journal*, *25*, 219-239.

Carlson, S. M. (2005). Developmentally sensitive measures of executive function in preschool children. *Developmental Neuropsychology*, *28,* 585-615.

Carlson, S. M. (2009). Social origins of executive function development. *New Directions in Child and Adolescent Development, 123*, 87-98.

Carlson, S. M., Mandell, D. J., & Williams, L. (2004). Executive functions and theory of mind: Stability and prediction from age 2 to 3. *Developmental Psychology, 40*, 1105-1122.

Crone, E. A., Wendelken, C., Donohue, S., van Leijenhorst, L., & Bunge, S. A.

(2006). Neurocognitive development of the ability to manipulate information in

working memory. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States, 103*(24), 9315-9320.

De Bellis, M. D. (2005). The psychobiology of neglect. *Child Maltreatment*, *10*, 150-172.

Diamond, A. & Doar, B. (1989). The performance of human infants on a measure of frontal cortex function, the delayed response task. *Developmental Psychobiology, 22*, 271-294.

Dilworth-Bart, J. E., Poehlmann, J. A., Miller, K. E., & Hilgendorf, A. E. (2010). Do mothers' play behaviors moderate the associations between socioeconomic status and 24-month neurocognitive outcomes of toddlers born preterm or with low birth weight? *Journal of Pediatric Psychology*, *22*, 1-12.

Dilworth-Bart, J. E., Poehlmann, J. A., Hilgendorf, A. E. Miller, K. E., & Lambert, H. (2009). Maternal scaffolding and preterm toddlers' visual-spatial processing and emerging working memory. *Journal of Pediatric Psychology*, *35*, 209-220.

Eisenberg, N., Zhou, Q., Losoya, S. H., Fabes, R. A., Shepard, S. A., Murphy, B. C., Reiser, M., Guthrie, I. K., & Cumberland, A. (2003). The relations of parenting, effortful control, and ego control to children's emotional expressivity. *Child Development, 74*, 875-895.

Eisenberg, N., Zhou, Q., Spinrad, T. L., Valiente, C., Fabes, R. A., & Liew, J. (2005). Relations among positive parenting, children's effortful control, and externalizing problems: a three-wave longitudinal study. *Child Development*, *76*, 1055-1071.

Garon, N., Bryson, S. E., & Smith, I. M. (2008). Executive function in preschoolers: A review using an integrative framework. *Psychological Bulletin, 134,* 31-60.

Gerard, A. B. (1994). *Parent-Child Relationship Inventory (PCRI). Manual.* Los Angeles: Western Psychological Services.

Gerardi-Caulton, G. (2000). Sensitivity to spatial conflict and the development of self-regulation in children 24–36 months of age. *Developmental Science, 3,* 397-404.

Gioia, G. A., Isquith, P. K., Guy, S. C., & Kenworthy, L. (2000). *Behavior rating inventory of executive function–parent form.* Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Grant, D. A. & Berg, G. A. (1948). A behavioral analysis of degree of reinforcement and ease of shifting to new responses in a Weigl-type card-sorting problem. *Journal of Experimental Psychology, 38,* 404-411.

Hane, A. A. & Fox, N. A. (2006). Ordinary variations in maternal caregiving influence human infants' stress reactivity. *Psychological Science*, *17,* 550-556.

Heaton, R., Chelune, G., Talley, J., Kay, G., Curtiss, G. (1997). *Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin. Manual.* Madrid, España: TEA.

Hughes, C. & Ensor, R. (2005). Executive function and theory of mind in 2 year-olds: A family affair? *Developmental Neuropsychology*, *28*, 645-668.

Hughes, C. & Ensor. R. A. (2009). How do families help or hinder the emergence of early executive function? *New Directions for Child and Adolescent Development*, *123,* 35-50.

Hughes, C. & Russell, J. (1993). Autistic children's difficulty with mental disengagement from an object: Its implications for theories of autism. *Developmental Psychology, 29,* 498-510.

Huizinga, M., Dolan, C., & van der Molen, M. (2006). Age-related change in executive function: Developmental trends and a latent variable analysis. *Neuropsychologia, 44,* 2017-2036.

Kanat-Maymon, M. & Assor, A. (2010). Perceived maternal control and responsiveness to distress as predictors of young adults' empathic responses. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *36*, 33-46.

Kochanska, G., Murray, K. T., & Harlan, E. T. (2000). Effortful control in early childhood: Continuity and change, antecedents, and implications for social development. *Developmental Psychology, 36,* 220-232.

Krikorian, R., Bartok, J., & Gay, N. (1994). Tower of London procedure: a standard method and developmental data. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 16*(6), 840-50.

Landry, S. H., Miller-Loncar, C. L., Smith, K. E., & Swank, P. R. (2002).The role of early parenting in children's development of executive processes. D*evelopmental Neuropsychology, 21*, 15-41.

Landry, S. H., Smith, K. E., Swank, P. R., & Miller-Loncar, C. L. (2000). Early maternal and child influences on children's later independent cognitive and social functioning. *Child Development, 71*, 358-375.

Lezak, M. D. (1982). The problem of assessing executive functions. *International Journal of Psychology, 17,* 281-97.

Lugo-Gil, J. & Tamis-LeMonda, C. S. (2008). Family resources and parenting quality: links to children's cognitive development across the first 3 years. *Child Development, 79*, 1065-1085.

Luria, A. R. (1974). *El cerebro en acción*. Barcelona, España: Fontanella.

Metcalfe, J. & Mischel, W. (1999). A hot/cool-system analysis of delay of gratification: Dynamics of willpower. *Psychological Review, 106,* 3-19.

Moos, R. H., & Moos, B. S. (1984). *Family environment scale manual (3th ed.).* Palo Alto, CA, EUA: Consulting Psychologists Press.

Narusyte, J., Neiderhiser, J. M., Andershed, A. K., D'Onofrio, B. M., Reiss, D., Spotts, E., Ganiban, J., & Lichtenstein, P. (2011). Parental criticism and externalizing behavior problems in adolescents: The role of environment and genotype-environment correlation. *Journal of Abnormal Psychology, 120*(2), 365-376.

Overman, W. H., Bachevalier, J., Schuhmann, E., & Ryan, P. (1996). Cognitive gender differences in very young children parallel biologically based cognitive gender differences in monkeys. *Behavioral Neuroscience, 110,* 673-684.

Roid, G. (2003a). *Stanford-Binet Intelligence Scales (5th ed.).* Itasca, IL, EUA: Riverside Publishing.

Roid, G. (2003b). *Stanford-Binet Intelligence Scales (5th ed.). Technical Manual.* Itasca, IL, EUA: Riverside Publishing.

Shallice, T. (1982). Specific impairments of planning. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London B*, *298*, 199-209.

Sheese, B. E., Voelker, P. M., Rothbart, M. K., & Posner, M. I. (2007). Parenting quality interacts with genetic variation in dopamine receptor DRD4 to influence temperament in early childhood. *Developmental and Psychopathology*, *19*, 1039-1046.

Schroeder, V. M. & Kelley, M. L. (2009). Family environment and parent-child relationships as related to executive functioning in children. *Early Child Development and Care, 180*(10), 1285-1298.

Stelzer, F., Cervigni, M. A., & Martino, P. (2010). Bases neurales del desarrollo de las funciones ejecutivas durante la infancia y adolescencia. Una revisión. *Revista Chilena de Neuropsicología, 5*, 176-184.

Thorndike, R. L., Hagen, E. P., & Sattler, J. M. (1986). *Guide for administering and scoring the Stanford-Binet Intelligence Scale: Fourth edition*. Chicago. EUA: Riverside Publishing.

Vanderwert, R. E., Marshall, P. J., Nelson, C. A., Zeanah, C. H., & Fox, N. A. (2010).Timing of intervention affects brain electrical activity in children exposed to severe psychosocial neglect. *PLoS ONE 5*(7) : e11415. doi:10.1371/journal.pone.0011415

Voelker, P., Sheese, B. E., Rothbart, M., & Posner, M. I. (2009). Variations in catechol-*o*-methyltransferase gene interact with parenting to influence attention in early development. *Neuroscience, 164*, 121-30.

Welsh, M. C., Satterlee-Cartmell, T Zelazo, P. D. (2006). The Dimensional Change Card Sort (DCCS): A method of assessing executive function in children. *Nature Protocols, 1*, 297-301.

Recibido el 10 de enero de 2011
Revisión final 1 de agosto de 2011
Aceptado el 14 de septiembre de 2011

Investigación e intervención en psicología de la salud: un estudio bibliométrico de revistas editadas en México en el periodo 2005-2010

Julio Alfonso Piña López

Investigador Independiente. Hermosillo, México

Resumen

El presente estudio bibliométrico se realizó con el objeto de obtener indicadores cuantitativos de los trabajos de investigación e intervención sobre psicología y salud publicados en México en el periodo 2005-2010. Se revisaron siete revistas editadas y un total de 1319 artículos, de los cuales 141 (10.6%) contaron con la participación de psicólogos mexicanos. De esta última cifra, 10 reportaron explícitamente el uso de algún modelo teórico, 18 utilizaron una metodología experimental y 9 se realizaron con un programa de intervención. Se argumenta por qué resulta de capital importancia conducir investigaciones en las que el sello que las distinga sea la congruencia y coherencia entre el discurso teórico y la posterior aplicación del conocimiento psicológico en el ámbito de la salud.

Palabras clave: *estudio bibliométrico, investigación, psicología, salud, aplicación del conocimiento.*

Research and intervention in psychology and health: A bibliometric study of journals edited in Mexico in the 2005-2010 period

Abstract

The current bibliometric study was conducted with the purpose to obtain quantitative indicators of research and intervention from articles published in the 2005-2010 period. Seven journals edited in Mexico and a total of 1319 articles were reviewed, of which 141 (10.6%) had the participation of Mexican psychologists. Of this sub-total, 10 articles explicitly reported their use of some theoretical model, 18 used an experimental methodology, and 9 applied an intervention program. It is argued on the importance of conducting research with the purpose to bring up a sense of congruence and coherence between the theoretical discourse and the applied psychological knowledge in the health field.

Key words: *Bibliometric study, research, psychology, health, applied knowledge.*

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con Noar y Zimmerman (2005), uno de los objetivos medulares que se plantean los investigadores interesados en la aplicación del conocimiento psicológico a los problemas de salud es entender por qué las personas practican o no toda una amplia gama de conductas, que para fines descriptivos podemos dividir en dos grandes rubros: el primero incluiría las que se orientan a promover y/o mantener la salud el mayor tiempo posible, tales como dormir entre siete y ocho horas al día, seguir una dieta balanceada, realizar ejercicio físico dosificado, evitar el consumo abusivo de sustancias como alcohol o drogas, usar consistente y eficientemente el preservativo, etc.; en el segundo se tendrían las que en términos funcionales permitirían ajus-

Dirigir toda correspondencia sobre este artículo a: Guillermo Prieto No. 18. Col. Constitución. Hermosillo, Sonora, C.P. 83150 (México).
Correo electrónico: ja.pina@yahoo.com.mx
RMIP 2012, 37-47.
ISSN-impresa: 2007-0926
www.revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com
Derechos reservados ®RMIP

tarse a las nuevas demandas que derivan de una enfermedad y/o de los tratamientos a los que se exponen aquellas a lo largo del proceso de intervención —desde el momento mismo del diagnóstico y hasta lo que se conoce como cuidados paliativos—, con relación a patologías como la diabetes, las del corazón, los distintos tumores malignos, la insuficiencia renal, la infección por VIH, etc. (Méndez & Garduño, 2010; Ortiz, Ortiz, Gatica, & Gómez, 2011; Ribes, 1990).

Entender, en el sentido de «tener una idea clara o saber por qué ocurren las cosas», presupone que quien se plantea y realiza una investigación, o bien quien diseña e instrumenta un programa de intervención, lo hace siempre con *sentido teórico,* es decir, que previamente dispone de un marco teórico de referencia, debidamente articulado en lo conceptual (Piña, 2011; Piña, Ybarra, Alcalá, & Samaniego, 2010). Empero, el problema, como ha señalado Ribes (2009), es que si bien es cierto que el surgimiento de nuevas tecnologías en las últimas tres décadas ha estimulado el crecimiento del ámbito de aplicación del conocimiento en nuestra disciplina, ello ha tenido lugar al margen de cambios significativos en los planos conceptual y metodológico, esto es, se ha dado con independencia de una amplia y profunda reflexión respecto de qué tipo de conocimiento se aplica pero, sobre todo, cómo se aplica.

De lo anterior cabe resaltar que el simple agregado de variables que operan en diferente nivel de complejidad –tales como personalidad, actitudes, creencias, autoeficacia, locus de control, bienestar subjetivo, ansiedad, estrés, afrontamiento, depresión, conductas de riesgo, conductas de adhesión, etc. –no es suficiente para que los investigadores, o quienes se dan a la tarea de «aplicar» el conocimiento psicológico de manera rutinaria, tengan claridad y certeza sobre cuestiones como las siguientes: a) qué procesos o mecanismos psicológicos podrían eventualmente influir en toda esa amplia gama de conductas, es decir, cómo operan y se relacionan en un momento o a lo largo del continuo de interacción; b) cómo traducir el conocimiento obtenido en programas de intervención, tanto en su modalidad preventiva como de rehabilitación, y c) qué y cómo se tendría que evaluar la efectividad de esos programas.

De lo que se trata es, sí, de hacer investigación e instrumentar programas de intervención, pero respetando en todo caso una secuencia de actividades que quedarían comprendidas en los rubros de teoría-metodología-investigación-intervención-evaluación. Para que el lector tenga mejores elementos de juicio, a continuación se comenta un trabajo reciente que incluyó la revisión y el análisis de artículos publicados entre 2005 y 2010 por psicólogos mexicanos en 16 revistas de psicología que se editan en países de Iberoamérica (Brasil, Chile, Colombia y España, fundamentalmente).

De un total de 43 artículos seleccionados, en ocho de ellos –cuyos contenidos se centraron en el análisis y la reflexión teórico-conceptual sobre psicología y salud y otros temas de interés tales como prevención, promoción de la salud, la relación entre la psicología y la salud pública, etc. –tan solo cinco se justificaron en algún modelo teórico y siete contemplaron el apoyo de una metodología experimental, equivalentes a 10.8 y 16.2%, respectivamente (García, García, Méndez, Ybarra, Alcalá, & Piña, en preparación). En el caso de los primeros, se refieren a modelos teóricos como el de de salud biológica, de creencias en salud, de la acción razonada, de la conducta planeada, el integrador para el cambio conductual, de la motivación protectora, el transteórico y el de información-motivación-habilidades conductuales, por mencionar los más conocidos.

Asimismo, se consideraron las diferentes propuestas experimentales, que ciertamente podían o no devenir de alguna teoría o un modelo psicológico aplicado a los problemas de salud, pero que a fin de cuentas le daban soporte a investigaciones cuyo propósito era el de «traducir»

en propuestas viables para la prevención o rehabilitación de enfermedades crónicas o algunos trastornos conductuales el conocimiento obtenido. Un ejemplo ilustrativo al respecto se encontró en investigaciones enfocadas en la conducta alimentaria, de las que derivaron propuestas concretas de intervención (i.e., Gómez-Peresmitré, León, Platas, González, & Pineda, 2010).

En este punto sería oportuno preguntar qué implicaciones tiene para el desarrollo y la consolidación del campo de actuación del psicólogo el que esta situación siga teniendo vigencia en México; es decir, en la que sea común en el colectivo de psicólogos de la salud obviar la revisión y discusión en torno de los modelos teóricos, y que adicionalmente y de manera permanente se diseñen y conduzcan investigaciones e intervenciones sin que se justifiquen en algún modelo teórico. Desde mi punto de vista, esas implicaciones se pueden resumir en tres: en primer lugar, el hecho de que al apoyarse en modelos teóricos, experimentales o de intervención, se tendría la ventaja de imprimirle un sentido de congruencia y coherencia al discurso teórico y a la práctica de investigación psicológica en el ámbito de la salud; en segundo lugar, que allanaría el camino en la búsqueda de explicaciones plausibles acerca de por qué las personas se comportan como lo hacen en determinadas circunstancias y cuáles serían los efectos inmediatos o mediatos sobre su salud; por último, pero no por ello menos importante, que en el supuesto de que se haga uso de modelos teóricos y de que estos dispongan de categorías tipo *interfase –por ejemplo, la personalidad–* debidamente integradas y articuladas en lo conceptual, se estaría en una inmejorable posición para *predeci*r, con una buena dosis de certeza, cuán probable es que esas personas se comportarán en el futuro a partir de como lo hayan hecho en el pasado, esto es, a lo largo del tiempo y entre situaciones (Piña, Fierros, García, & Ybarra, 2011).

El presente trabajo se realizó a partir de las anteriores consideraciones. Su objetivo radica en obtener indicadores cuantitativos de los artículos publicados en siete revistas de psicología y/o salud que se editaron en México en el periodo 2005-2010, poniendo especial énfasis en los que se justificaron en algún modelo teórico o en alguna propuesta experimental o de intervención. Un objetivo adicional es analizar si en el caso de los trabajos realizados con base en propuestas experimentales o de intervención, los autores se apoyaron en algún modelo teórico.

MÉTODO

Para dar cumplimiento a los objetivos previamente enunciados, se procedió a revisar de manera exhaustiva un conjunto de revistas editadas en nuestro país México, siempre y cuando cumplieran con las siguientes características: a) tener antigüedad mayor de 10 años, tiempo en el que cada volumen se publicó de manera ininterrumpida; b) contar con el registro internacional ISSN; c) haber publicado contenidos permanentes o periódicos sobre psicología y salud, y d) estar indizadas en al menos tres bases de datos nacionales e internacionales, como Current Contents (Thomson Reuters, Estados Unidos de Norteamérica), DIALNET (Universidad de la Rioja, España), DOAJ (Lund University, Suecia), Index Medicus/MEDLINE (U.S. National Library of Medicine), Embase/Excerpta Medica (Elsevier, Holanda), Lilacs de Bireme (Organización Panamericana de la Salud, Estados Unidos de Norteamérica), PsycInfo y PsycLyt (American Psychological Association) y RedAlyc (Universidad Autónoma del estado de México), principalmente. De 13 revistas revisadas, siete cumplieron con los requisitos (Tabla 1).

Diseño y procedimiento

El presente es un estudio bibliométrico y descriptivo en su modalidad de revisión y análisis de documentos (Montero & León, 2007). Se realizó directamente en las páginas web de cada re-

Tabla 1. Características generales de las revistas revisadas sobre psicología y salud en el periodo 2005-2010

Revista	Organismo o institución que la auspicia o financia	ISSN	Volúmenes y números revisados
Acta Comportamentalia	Universidad de Guadalajara	0188-8145	Del volumen 13 al 18 (16 números), con periodicidad cuatrimestral a partir de 2007.
Enseñanza e Investigación en Psicología	Consejo Nacional de Enseñanza e Investigación en Psicología	0185-1594	Del volumen 10 al 15 (12 números), con periodicidad semestral.
Mexicana de Análisis de la Conducta	Sociedad Mexicana de Análisis de la Conducta	0185-4534	Del volumen 31 al 36 (13 números), con periodicidad semestral.
Mexicana de Psicología	Sociedad Mexicana de Psicología	0185-0073	Del volumen 22 al 27 (12 números), con periodicidad semestral.
Psicología y Salud	Universidad Veracruzana y Asociación Latinoamericana de Psicología y Salud	1405-1109	Del volumen 15 al 20 (12 números), con periodicidad semestral.
Salud Mental	Instituto Nacional de Psiquiatría	0185-3325	Del volumen 28 al 33 (36 números), con periodicidad bimensual.
Salud Pública de México	Instituto Nacional de Salud Pública	0036-3634	Del volumen 47 al 52 (36 números), con periodicidad bimensual.

Tabla 2. Revistas editadas en México: frecuencias y porcentajes de artículos revisados en el periodo 2005-2010

Revista (por orden alfabético)	Artículos totales revisados	Artículos con contenidos sobre psicología y salud: frecuencias y porcentajes, respectivamente.
Acta Comportamentalia	90	1 (1.11)
Enseñanza e Investigación en Psicología	165	12 (7.27)
Mexicana de Análisis de la Conducta	101	20 (19.8)
Mexicana de Psicología	151	12 (7.94)
Psicología y Salud	164	70 (42.6)
Salud Mental	337	10 (2.96)
Salud Pública de México	311	16 (5.14)
Totales	1319	141 (10.6)

vista, así como también en RedAlyc (base electrónica que concentra una considerable cantidad de revistas sobre psicología y otras disciplinas que se editan tanto en México como en América Latina y España (http://www.redalyc.uaemex.mx) y en el Portal de Revistas Científicas y Arbitradas de la Universidad Nacional Autónoma de México (http://www.revistas.unam.mx).

Para la selección de los artículos se utilizaron los siguientes criterios de inclusión: a) ser publicados en el periodo 2005-2010; b) centrarse en la revisión, el análisis y la discusión de naturaleza teórico-conceptual sobre el campo de actuación o algún tema en especial (i.e., estrés, prevención de enfermedades, promoción de la salud, conductas asociadas a la enfermedad, calidad de vida, adhesión a los tratamientos, cuidados paliativos, etcétera), siempre y cuando se justificaran con algún modelo teórico; y c) en el caso de los trabajos de investigación experimental o aplicación del conocimiento psicológico, las variables dependientes deben relacionarse con conducta sexual, actividad física, conducta alimentaria, uso de servicios de salud, valoración

Tabla 3. Artículos sobre psicología y salud revisados en siete revistas editadas en México, en el periodo 2005-2010

Modelos	Autor (es)
Teóricos	Dávila & Piña (2008); Díaz-González et al. (2005); Juárez-García (2007); Moreno et al. (2007); Moreno et al. (2008); Peralta et al. (2007); Piña & Urquidi (2006); Robles et al. (2006); Sánchez-Sosa et al. (2009); Urquidi & Piña (2005).
Experimentales	Camacho & Vega-Michel (2009); Cárdenas-Villalvazo et al. (2010); Cruz-Martínez et al. (2010); Díaz et al. (2009); Galindo & López-Espinoza (2006); González-Torres et al. (2010); López-Alonso et al. (2009); López-Alonso et al. (2010); López-Espinoza et al. (2010); López-Espinoza & Martínez (2005); Mancilla et al. (2006); Mancilla et al. (2008); Martínez et al. (2009); Martínez et al. (2010); Munguía & Martínez (2010); Tejas et al. (2010); Torres-González et al. (2009); Vega-Michel et al. (2010).
Intervención	Alvarado et al. (2005); Arredondo et al. (2010); González et al. (2009); Gutiérrez & Domínguez (2007); Peralta-Ramírez et al. (2009); Rodríguez et al. (2009); Rodríguez de Elías & Gómez-Peresmitré (2007); Sánchez-Sosa & Alvarado (2008); Valencia et al. (2006).

de riesgos para la salud, realización periódica de estudios clínicos o de laboratorio, adhesión a los tratamientos y cuidados paliativos, principalmente.

RESULTADOS

De acuerdo con lo que se muestra en la tabla 2, en el periodo de estudio se revisaron siete revistas y un total de 1 319 artículos. Poco menos de la mitad se publicó en dos revistas: Salud Mental, con 337 artículos, y Salud Pública de México, con 311 artículos, sumando entre ambas 648 artículos (equivalentes a 49.1% del total), lo que resulta comprensible, pues justo son las únicas revistas que editan números con una periodicidad bimestral. Enseguida se ubicaron Enseñanza e Investigación en Psicología (165 artículos) y Psicología y Salud (164 artículos).

El primer asunto que llama la atención en la tabla 2, es la cantidad y el porcentaje correspondiente de artículos que aparecen en el recuadro de la derecha, toda vez que del gran total de 1 319 artículos, únicamente 141 (10.6%) incluyeron contenidos de análisis y discusión sobre psicología y salud, enfermedades crónicas (hipertensión, cáncer, infección por VIH, etc.) y trastornos de la conducta alimentaria; adicionalmente, se trata de artículos que contaron con la participación de psicólogos mexicanos. Aun cuando es motivo de análisis en el siguiente apartado, el hecho es que, a pesar de tratarse de revistas que publican contenidos sobre psicología y/o salud en general, parece que 10.6% del total de artículos publicados con tales contenidos y escritos por psicólogos mexicanos en seis años es, sin duda alguna, un porcentaje muy bajo.

Por su parte, en la tabla 3 se detallan los trabajos que se justificaron con algún modelo teórico o con una propuesta experimental o de intervención. Considerando el subtotal de 141 artículos, de 37 (26.2%) en los que se identificó como autor/colaborador a uno o más psicólogos mexicanos, 10 se justificaron en un modelo teórico (equivalentes a 7.09% respecto de los 141 artículos y a 27.0% respecto de los 37) para el estudio de problemas cardiovasculares y la infección por VIH, principalmente. Por otro lado, 18 fueron de corte experimental (equivalentes a 12.7% respecto de los 141 artículos y a 48.6% respecto de los 37), destacando los que se inscriben en las líneas de psiconeuroinmunología y trastornos de la conducta alimentaria. Finalmente, 9 fueron de intervención (equivalentes a 6.38% respecto de los 141 artículos y a 24.3% respecto de los 37), tales como los conducidos sobre obesidad y oncología pediátrica.

Un asunto que se destaca en el análisis de los artículos que se apoyaron en algún modelo teórico, radica en que en la mayoría de los casos el modelo que les sirvió de sustento fue el psicológico de salud biológica de Ribes (1990); también, en dos más los modelos de soporte fueron el de prevención de enfermedades (Piña, 2008)

y el de adhesión al tratamiento en personas con VIH (Piña & Sánchez-Sosa, 2007); por último, se publicó un artículo con base en el modelo de demanda/control de Karasek (1998), que combina aspectos sociales, emocionales y fisiológicos relacionados con el fenómeno de estrés. Un segundo aspecto digno de mención es que no se encontró un artículo publicado sobre los modelos de creencias en salud, acción razonada, conducta planeada, integrador para el cambio conductual, motivación protectora, transteórico o de información-motivación-habilidades conductuales.

Por lo que respecta a los artículos de corte experimental, la mayoría de ellos incluyeron muestras de organismos no humanos, especialmente ratas, y compartieron como característica la de inscribirse dentro la lógica del análisis experimental de la conducta. Los procedimientos reportados por los autores fueron los de privación, saciedad y hacinamiento; en algunos de ellos se recurrió a programas de reforzamiento de intervalo entre accesos a alimento; en otros a la evaluación de los efectos de enfrentar situaciones de controlabilidad y no-controlabilidad sobre el peso corporal y el consumo de alimento y agua; en otros tantos se procedió a administrar sustancias como endulzantes, nicotina o serotonina; por último, en dos de ellos se utilizaron programas de evitación con el objeto de medir los efectos del ruido y del estrés sobre patrones de conducta en humanos y cambios en los niveles de inmunoglobulina (IgA) y cortisol en saliva.

En cuanto a los programas de intervención, pueden clasificarse en cinco líneas generales. La primera comprendió dos programas relacionados con el problema de la obesidad, uno orientado a su prevención, con diseño de grupo único, y que tuvo como referente teórico el modelo psicológico de salud biológica de Ribes, ya referido; y el otro dirigido a su control, con un diseño *cuasi*-experimental de dos grupos, uno de estudio y otro control.

La segunda línea se centró en los tumores malignos en distintas poblaciones: en un artículo se empleó una modalidad de taller que combinó el arte con la terapia, usando técnicas como la reestructuración cognoscitiva y el manejo en la expresión de las emociones; otro se centró en el entrenamiento cognoscitivo en el manejo del dolor; uno más fue explícitamente cognoscitivo-conductual, enfocado hacia el apoyo al tratamiento médico, la reducción del estrés y el mejoramiento de la calidad de vida; en el último se recurrió a un sistema de autorregistro de las conductas de adhesión, la modificación de conductas de higiene y alimentación, así como el entrenamiento en comunicación asertiva, básicamente.

La tercera línea incluyó un trabajo para comparar la eficacia de la terapia cognoscitivo-conductual en personas con lupus y en personas sanas. La cuarta se centró en la prevención de trastornos alimentarios, con base en estrategias de comunicación y psicoeducativas. La quinta y última consistió en un entrenamiento en el uso correcto del condón a partir del modelo psicológico de salud biológica de Ribes y la metodología del análisis contingencial.

Análisis de contenidos

A mediados de la pasada década se realizó un primer esfuerzo para identificar qué se publicaba sobre psicología de la salud en México y dónde, y de manera tangencial, qué tipos de trabajos. Una de las conclusiones a las que se arribó fue que en términos generales era poco lo que se escribía sobre cuestiones teórico-conceptuales (de manera más acusada sobre modelos teóricos) y era poco también lo que se publicaba con relación a trabajos tanto de corte experimental como de intervención (Piña, 2005).

Recientemente, y con el objeto de dar continuidad a ese trabajo, se condujo un segundo estudio en el que se consideró la producción por parte de psicólogos mexicanos tanto en revistas arbitradas internacionales que se editan

en castellano como en libros, en 2005-2010. La conclusión a la que se llegó fue que, si bien es cierto que la producción en ese tipo de revistas era pobre, a la vez que seguía siendo poco visible un interés por los asuntos teórico-conceptuales, empezaba a hacerse evidente un incremento en la cantidad de trabajos en los que los autores recurrieron a diseños *cuasi experimentales* y propiamente experimentales (Fierros et al., en prensa).

En esta ocasión se optó por revisar un conjunto de revistas editadas todas en México, tanto de psicología como otras más de tipo biomédico, aunque con la diferencia de que se consideraron de manera puntual artículos que se fundamentaron en algún modelo teórico, o bien en los que se hizo uso de una metodología experimental o de intervención. Como ya se comentó, los artículos revisados fueron 1319, de los cuales 141 incluyeron la participación de psicólogos mexicanos, y de estos, 37 (26.2%) se justificaron en algún modelo teórico o fueron de corte experimental y de intervención.

Coincidente con los hallazgos reportados en los dos trabajos referidos, se encontró en este un marcado desinterés por publicar artículos sobre asuntos teórico-conceptuales claves en el campo de actuación: las características lógicas y de organicidad conceptual en los modelos teóricos; los criterios necesarios y suficientes para confirmar o no su validación empírica; su capacidad para predecir las conductas de prevención o de riesgo, así como otras más que se enmarcarían en los ámbitos de la prevención secundaria y terciaria, como el enfrentamiento y control de una enfermedad crónica, la adhesión a los tratamientos médicos, los cuidados paliativos, etc.

En otras palabras, teniendo en cuenta que de los diez artículos publicados en este rubro nueve de ellos fueron empíricos, esto es, se condujeron investigaciones aplicadas que se justificaron en algún modelo teórico, pareciera que todavía sigue teniendo vigencia aquella máxima de que todo lo que tiene que ver con lo teórico-conceptual es algo que se da independientemente de lo que se hace en la práctica cotidiana al conducir una investigación o un programa de intervención (García et al., en preparación).

De acuerdo con lo que se ha analizado con mayor extensión en otro lugar (Piña, 2011), *entender* por qué una persona se comporta como lo hace (de manera preventiva, enfrentando competencialmente las demandas que devienen de una enfermedad crónica o bien adhiriéndose a los tratamientos que son necesarios en razón de la enfermedad) constituye un primera actividad como parte del proceso de investigación; una segunda contemplaría el poder *predecir* qué tan probable es que esa persona practicará las conductas de prevención y de cuidado de salud, hará lo conducente para ajustarse psicológicamente a las demandas mencionadas y practicará las conductas de adhesión requeridas. Luego entonces, entender y predecir se podrían concebir como dos actividades que tendrían sentido como un todo integrado, justificadas, eso sí, en un discurso teórico-conceptual articulado; y puesto que para predecir hay que disponer de las categorías tipo «interfase» o «puente» pertinentes, por ejemplo la de personalidad, lo que se requiere es contar con modelos teóricos que garanticen la integración de categorías conceptuales de naturaleza psicológica relativas al decir, al sentir y al hacer de una persona comportándose en lo individual. Por tan elemental razón, sin modelos teóricos que cumplan con estas características resulta en extremo difícil afirmar, como suele observarse en los trabajos de investigación aplicada, experimentales o de intervención, que tal o cual variable explicó o predijo tal o cual conducta; no hay, pues, que confundir la explicación y la predicción *estadísticas*, con la explicación y la predicción *teóricas* (Piña, 2011).

Ejemplos ilustrativos al respecto se pueden encontrar en la tabla 3, primera casilla, con los trabajos realizados con base en los modelos de prevención de enfermedades (Piña, 2008) y en el modelo psicológico de salud biológica propuesto

por Ribes (1990), en los que, no obstante que los autores parten de un modelo teórico (de prevención de enfermedades y de salud biológica, respectivamente), en ambos se adoleció del examen de esa categoría tipo interfase, como variable que enfatizaría el análisis de la conducta individual: la de personalidad.

A diferencia de este par de estudios y en una dirección opuesta se encontraría un trabajo que se justificó en el modelo psicológico de adhesión de Piña y Sánchez-Sosa (2007), en el que junto con la variable en cuestión, redefinida como situaciones vinculadas con estrés, se consideraron a la luz de un modelo teórico de adhesión otras más que incluyeron las de los motivos para comportarse y el desempeño competencial pasado y presente. Esto es, si se parte del supuesto de que para predecir con un cierto grado de certeza cuán probable es que una persona se comportará en el futuro según lo haya hecho en el pasado, es necesario contar con categorías de análisis específicos sobre el fenómeno de personalidad; siendo así, debería quedar claro que al menos en lo que toca a los dos primeros trabajos, los resultados obtenidos podrían considerarse incompletos y limitados a una descripción de lo que hacen o dejan de hacer las personas en un momento particular del continuo de interacción.

Con relación a los artículos en los que se empleó una metodología experimental, es particularmente alentador el incremento en la cantidad de trabajos que se han venido publicando en años recientes (12 de los 18 aparecieron entre 2009 y 2010), aun cuando hay que hacer notar que 10 formaron parte de un número monográfico de la Revista Mexicana de Análisis de la Conducta de 2010. No obstante, es de congratularse el que grupos consolidados de investigación que se localizan en la Universidad de Guadalajara (uno en el Centro de Comportamiento Alimentario y Nutrición, y el otro en el Instituto de Neurociencias) y en la FES-Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México (en el Laboratorio de Psicobiología de la Alimentación) estén dedicando su tiempo y esfuerzo en la búsqueda de respuestas concretas que contribuyan a mejorar la comprensión de los trastornos de la conducta alimentaria y, en estadios posteriores, a desarrollar estrategias que permitan su prevención o su manejo y control adecuados. Se parte del entendido de que se trata de un problema de salud que está afectando a amplios sectores de adolescentes y adultos jóvenes en México, en especial a las mujeres (Martínez & Gómez, 2011).

Sin embargo, toda vez que son trabajos que se enmarcan en la tradición del análisis experimental de la conducta en tanto que ejemplar metodológico de la psicología, es imprescindible que la búsqueda de respuestas empíricas sea precedida de preguntas claras y pertinentes sobre los problemas de interés: acabar con la confusión conceptual y evitar incurrir en la comisión de errores categoriales; es decir, hacer un uso de conceptos que pertenecen a una categoría lógica cuando pertenecen a otra, como en el caso del de personalidad, que pertenece a tendencias y se le usa como si perteneciera a las de estado.

Esto último viene a colación, ya que de toda esta amplia gama de trabajos que se afirmaron en una metodología experimental, salvo unos pocos (Martínez, comunicación personal: 17 de mayo de 2011) realizados por el grupo de investigación con sede en el Centro de Comportamiento Alimentario y Nutrición de la Universidad de Guadalajara, y que se condujeron con base en la teoría de Sclafani (1983, 2001), en la mayoría de ellos no se hizo explícito algún marco teórico de referencia; por tanto, podría decirse, sin temor a equivocaciones y sin restarle mérito, que esta continuidad teoría-conceptos-experimento evidencia algunos signos de debilidad que tienen que ser superados en aras de imprimirle ese sentido de congruencia y coherencia que debería existir entre el discurso teórico y la práctica de investigación.

Sobre el respecto, a continuación se cita a Ri-

bes en extenso, a efecto de ubicar al lector en el contexto que justificaría el planteamiento propuesto en el presente artículo, entendiendo que el planteamiento del autor se sitúa en el contexto de la investigación básica:

> *«La validez interna de una teoría y de sus métodos son cuestionados cuando datos "anómalos" son obtenidos sistemáticamente […] Los hallazgos de esas anormalidades en una teoría pueden ser interpretados de dos formas. Primero, cuando los conceptos originales requieren modificar su contenido lógico y/o empírico. Segundo, cuando las preparaciones o arreglos experimentales carecen de correspondencia con los hechos y las relaciones con los que trata la teoría. Contradicciones inesperadas o hallazgos que se contraponen no son sino síntomas de deficiencias y limitaciones en la teoría y sus métodos»* (Ribes, 2004; p. 29).

En lo que respecta a los programas de intervención, de las cinco líneas descritas en el apartado previo, se puede decir, en general, que del total de nueve trabajos solo en dos se hizo explícito un modelo teórico como antecedente a su instrumentación, como en el de prevención de la obesidad, en el que se centró en el uso correcto del condón. Empero, sobre el primero, que incluyó una muestra de cinco estudiantes universitarios, esta no solo no es representativa, sino que para fines prácticos fue un programa que evidenció notorias fallas de diseño, por ejemplo, (no hubo grupo control o de comparación, y no incluyeron las variables críticas del modelo psicológico de salud biológica, tales como los estilos interactivos, concepto con el que se da cuenta del fenómeno de personalidad, de manera tal que los resultados son truncos, por decir lo menos. En los restantes siete artículos predominaron el diseño y la instrumentación de programas, con base en técnicas de corte cognoscitivo o un híbrido, como lo serían las mal llamadas técnicas cognoscitivo-conductuales.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A partir de los resultados antes descritos y de las características generales que muestran los trabajos reseñados en la tabla 3, llaman la atención dos hechos: primero, la ausencia manifiesta de trabajos teóricos sustentados en modelos debidamente articulados en lo conceptual. Segundo, todo parece indicar que el desarrollo de propuestas de investigación básica y de intervención apoyadas en una metodología experimental empieza a adquirir cuerpo.

Ciertamente, siguen siendo todavía pocos estos trabajos, si para tal fin se tiene en cuenta la creciente cantidad de profesionales de la psicología que año con año se incorporan tanto a las instituciones educativas como a las del sector salud, incluyendo a quienes han cursado estudios de posgrado en sus modalidades de maestría o doctorado. Esto último es motivo de preocupación, pues a pesar de la cantidad de psicólogos que participan en esos estudios, todavía el saber el qué no se ha visto acompañado del saber cómo, por qué y para qué hacer las cosas; por ello, no siempre todo decir se traduce en un hacer eficiente, es decir, competente.

REFERENCIAS

García, C.H., García, I., Méndez, J., Ybarra, J.L., Alcalá, I.G., & Piña, J.A. (en preparación). *Productividad sobre psicología y salud en México en revistas internacionales editadas en español (2000-2005).*

Gómez-Peresmitré, G., León, R.C., Platas, S., González, D., & Pineda, G. (2010). Resultados de un programa de prevención de TCA en tres distintos niveles de riesgo. En S. Rivera, R. Díaz-Loving, I. Reyes-Lagunes, R. Sánchez, & L.M. Cruz (Coords.), *La psicología social en México. Vol. XIII* (pp. 1089-1095). México: Asociación Mexicana de Psicología Social.

Karasek, R. (1998). Demand/control model: a social, emotional and physiological approach to stress risk and active behavior development. En *Encyclopedia of occupational health and safety*. Geneva, Switzerland: International Work Organisation.

Martínez, H. & Gómez, I.C. (2011). Modelos experimentales en el estudio de los trastornos alimentarios: el caso de la anorexia basada en actividad. En J.L. Ybarra, J.J. Sánchez-Sosa, & J.A. Piña (Coords.), *Trastornos y enfermedades crónicas: una aproximación psicológica* (pp. 23-44). México: Universidad Autónoma de Tamaulipas/El Manual Moderno.

Méndez, J. & Garduño, A. (2010). El equipo profesional de cuidados paliativos. En A. Garduño & J. Méndez (Eds.), *Guía práctica de cuidados paliativos en pediatría: atención integral en la fase terminal* (pp. 26-36). México: Instituto Nacional de Pediatría/CORINTER.

Montero, I. & León, O.G. (2007). A guide for naming research studies in psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 7,* 847-862.

Noar, S.M. & Zimmerman, R.S. (2005). Health behavior theory and cumulative knowledge regarding health behaviors: are we moving in the right direction? *Health Education Research, 20,* 275-290.

Ortiz, M., Ortiz, E., Gatica, A., & Gómez, D. (2011). Factores psicosociales asociados a la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Terapia Psicológica, 29,* 5-11.

Piña, J.A. (2005). Psicología de la salud en México en el periodo 2000-2004: análisis, investigación y difusión. *Psicología y Salud, 15,* 157-168.

Piña, J.A. (2008). Variaciones sobre el modelo psicológico de salud biológica de Ribes: justificación y desarrollo. *Universitas Psychologica*, *7,* 19-32.

Piña, J.A. (2011). *Psicología y salud: obstáculos y posibilidades de desarrollo en el siglo XXI*. Bogotá: PSICOM Editores.

Piña, J.A., Fierros, L.E., García, C.H., & Ybarra, J.L. (2011). Psicología y salud (II). Tendiendo puentes entre la psicología básica y la aplicada: el rol del fenómeno de personalidad. *Pensamiento Psicológico, 9,* 203-212.

Piña, J.A. & Sánchez-Sosa, J.J. (2007). Modelo psicológico para la investigación de los comportamientos de adhesión terapéutica en personas con VIH. *Universitas Psychologica*, *6*, 399-407.

Piña, J.A., Ybarra, J.L., Alcalá, I.G., & Samaniego, R.A. (2010). Psicología y salud (I): La importancia de llamarse modelo y apellidarse teórico-conceptual. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología, 2,* 21-29.

Ribes, E. (1990). *Psicología y salud: un análisis conceptual.* Barcelona: Martínez Roca.

Ribes, E. (2004). Theory, basic and applied research, and technological applications in behavior science: Conceptual and methodological issues. En J.E. Burgos & E. Ribes (Eds.), *Theory, scientific research, and technical applications: How related in operant psychology?* (pp. 21-44). Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara.

Ribes, E. (2009). Reflexiones sobre la aplicación del conocimiento psicológico: ¿qué aplicar o cómo aplicar? *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta, 36,* 3-17.

Sclafani, A. (1983). Animals models of obesity. En R.T. Frankle, J. Dwyer, L. Moragne, & A. Owen (Eds.), *Dietary treatment and prevention of obesity* (pp. 105-123). London: John Libbey.

Sclafani, A. (2001). Psychobiology of food preferences. *International Journal of Obesity, 5,* 13-16.

REFERENCIAS COMPLEMENTARIAS[1]

Alvarado, A.M., Guzmán, E., & González, M.T. (2005). Obesidad: ¿baja autoestima? Intervención psicológica en pacientes con obesidad. *Enseñanza e Investigación en Psicología, 10,* 417-428.

Arredondo, J.J.F., Gálvez, E.N., & López, J.I. (2010). Intervención en problemas de obesidad en estudiantes mediante un programa de prevención. *Psicología y Salud, 20,* 159-167.

Camacho, E. & Vega-Michel, C. (2009). Efectos de diferentes programas de evitación de ruido en inmunoglobulina (IgA) salival en niños. *Psicología y Salud, 19,* 51-61.

Cárdenas-Villalvazo, A., López-Espinoza, A., Martínez, A.G., Franco, K., Díaz, F., Aguilera, V., et al. (2010). Consumo de alimento, crecimiento y ansiedad, tras estrés por hacinamiento o aislamiento en ratas. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta, 36,* 129-142.

Cruz, A., González, B., Cendejas, N.M., Mancilla, J.M., Florán, B., & Escarpín, R.E. (2010). Inhibición de la saciedad alimentaria inducida por activación de receptores CB1 hipotalámicos. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta, 36,* 39-51.

Dávila, M. & Piña, J.A. (2008). Caracterización, predictores de comportamientos sexuales de riesgo y uso de preservativo en mujeres universitarias. *Enseñanza e Investigación en Psicología, 13,* 279-299.

Díaz, F., López-Espinoza, A., Franco, K., Martínez, A., Aguilera, V., & Cárdenas-Villalvazo, A. (2009). Efectos del periodo de privación de alimento sobre la tasa de comer en ratas. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta, 35,* 149-180.

Díaz-González, E., Rodríguez, M.L., Moreno, D., Frías, B., Rodríguez, M., Barroso, R., et al. (2005). Descripción de un instrumento de evaluación de competencias funcionales relacionadas con el VIH/sida. *Psicología y Salud, 15,* 5-12.

Galindo, A. & López-Espinoza, A. (2006). Efectos del sabor y del contenido calórico del agua sobre la conducta alimentaria durante un periodo de privación de comida en ratas albinas. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta, 32,* 95-109.

González, R.A., Reyna, M., & Cano, C.C. (2009). "Los colores que hay en mí": una experiencia de arte-terapia en pacientes oncológicos infantiles y cuidadores primarios. *Enseñanza e Investigación en Psicología, 14,* 77-93.

González-Torres, M.L., López-Espinoza, A., & Dos Santos, C.V. (2010). Efecto del tipo y controlabilidad del estrés sobre la conducta alimentaria en ratas. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta, 36,* 111-127.

Gutiérrez, C. & Domínguez, B. (2007). Dolor prolongado en enfermos con cáncer: intervención psicológica. *Psicología y Salud, 17,* 207-219.

Juárez-García, A. (2007). Factores psicosociales laborales relacionados con la tensión arterial y síntomas cardiovasculares en personal de enfermería de México. *Salud Pública de México, 49,* 109-117.

López-Alonso, V.E., Mancilla, J.M., Rito-Domingo, M., Es-

[1] Referencias que se enlistan en la tabla 3.

cartín, R.E., & Jiménez-Fujarte, A.G. (2009). Caracterización de la conducta alimentaria inducida por agonistas 5-$HT_{1A,}$ 5-$HT_{1B,}$ 5-HT_{2A} y 5-$HT_{2C.}$ *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta, 35,* 13-30.

López-Alonso, V.E., Mancilla, J.M., Rito-Domingo, M., Jiménez-Fujarte, A.G., & Díaz, D. (2010). Administración del 8-OH-DPAT en el núcleo ventromedial hipotalámico: caracterización de la conducta alimentaria. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta, 36,* 21-37.

López-Espinoza, A., Martínez, A.G., Díaz, F., Franco, K., Aguilera, V., Gurí, S., et al. (2010). Inhibition of binge eating by changes of feeding context. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta, 36,* 185-197.

López-Espinoza, A. & Martínez, H. (2005). Efectos de intervalos variables entre periodos de privación sobre el consumo post-privación de agua y comida en ratas. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta, 31,* 67-84.

Mancilla, J.M., Escartín, R.E., & López, V. (2006). Efectos de la 5-HT en ratas pretratadas con Ketanserina sobre la estructura de la conducta alimentaria. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta, 32,* 55-71.

Mancilla, J.M., Escartín, R.E., López, V., & Rito-Domingo, M. (2008). Efectos de antagonistas y no selectivos a receptores 5-HT_{2C} sobre la estructura de la conducta alimentaria en ratas. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta, 34,* 25-42.

Martínez, A.G., Madrid, J.A., López-Espinoza, A., & Vivanco, P. (2009). Consumo de soluciones endulzadas en octodones (Octodón-Degú). *Acta Comportamentalia, 17,* 41-153.

Martínez, A.G., Díaz, F., Beltrán-Miranda, C.P., González, J.G., Munguía, L.M., & Venancio, D.M. (2010). Pre-exposure to sweeteners on glucose and sucralose consumption. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta, 36,* 143-153.

Moreno, D., García, R., Rodríguez, M., Díaz-González, E., Robles, S., Frías, B., et al. (2007). Evaluación de competencias funcionales en pacientes seropositivos: un estudio piloto. *Psicología y Salud, 17,* 165-177.

Moreno, D., Rivera, B., Robles, S., Frías, B., Rodríguez, M., & Barroso, R. (2008). Características del debut sexual de los adolescentes y determinantes del uso inconsistente del condón desde el análisis contingencial. *Psicología y Salud, 18,* 207-225.

Munguía, L.M., & Martínez, A.G. (2010). Efecto de la administración de nicotina sobre la conducta alimentaria. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta, 36,* 155-168.

Peralta, C. & Rodríguez, M.L. (2007). Relación del uso de condón con factores disposicionales y mediacionales en adolescentes. *Psicología y Salud, 17,* 179-189.

Peralta-Ramírez, M.I., Robles-Ortega, H., Navarrete-Navarrete, N., & Jiménez-Alonso, J. (2009). Aplicación de la terapia de afrontamiento al estrés en dos poblaciones con alto estrés: pacientes crónicos y personas sanas. *Salud Mental, 32,* 251-258.

Piña, J.A. & Urquidi, L.E. (2006). Determinantes psicológicos del uso de condón en estudiantes de educación superior. *Enseñanza e Investigación en Psicología, 11,* 333-345.

Robles, S., Piña, J.A., Frías, B., Rodríguez, M., Barroso, R., & Moreno, D. (2006). Predictores de conductas relacionadas con el uso inconsistente de condón en estudiantes universitarios. *Psicología y Salud*, *16*, 71-78.

Rodríguez, M., Barroso, R., Frías, B., Moreno, D., & Robles, S. (2009). Errores en el uso del condón: efectos de un programa de intervención. *Psicología y Salud, 19,* 103-109.

Rodríguez de Elías, R. & Gómez-Peresmitré, G. (2007). Prevención de trastornos alimentarios mediante la formación de audiencias crítica y psicoeducativa: un estudio piloto. *Psicología y Salud, 17,* 269-276.

Sánchez-Sosa, J.J. & Alvarado, S. (2008). A behavioral self-recording procedure in the management of breast cancer: A field test with disadvantaged participants. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta, 34,* 311-329.

Sánchez-Sosa, J.J., Cázares, O., Piña, J.A., & Dávila, M. (2009). Un modelo psicológico en los comportamientos de adhesión terapéutica en personas con VIH. *Salud Mental, 32,* 389-397.

Tejas, J.G., Mancilla, J.M., Florán, B., & Escartín, R.E. (2010). Los receptores dopaminérgicos D2/D3 hipotalámicos participan en la regulación del comportamiento alimentario. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta, 36,* 53-69.

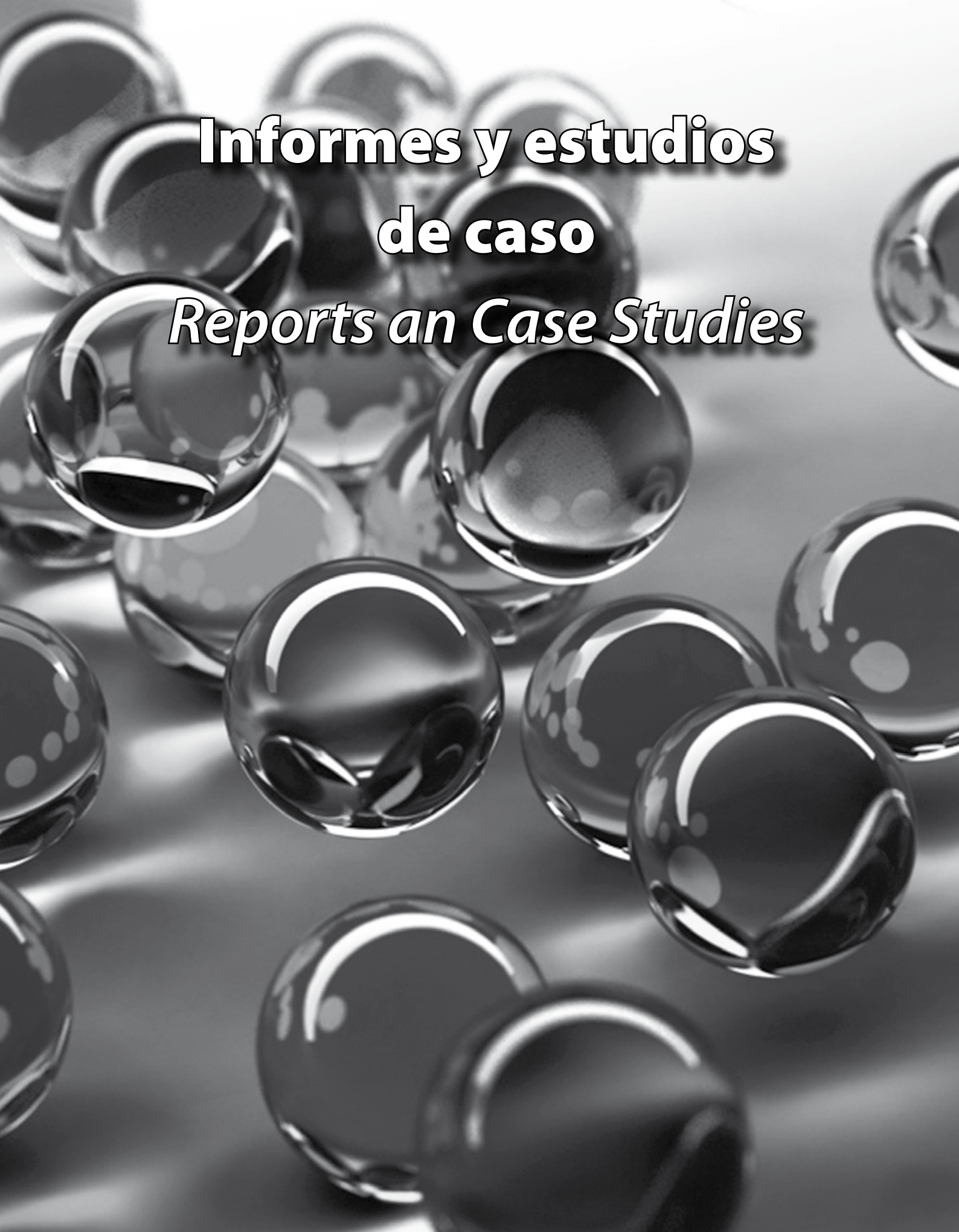
Torres-González, C., López-Espinoza, A., Martínez, A.G., Franco, K., Díaz, F., Sosa, G.A., et al. (2009). Consumo de alimento y endulzantes bajo condiciones de estrés crónico en ratas. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta, 35,* 133-147.

Urquidi, L.E. & Piña, J.A. (2005). Efecto de los conocimientos, creencias y motivos sobre el uso de condón en hombres. *Enseñanza e Investigación en Psicología, 10,* 369-380.

Valencia, A.I., Flores, A., & Sánchez-Sosa, J.J. (2008). Efectos de un programa conductual para el cuidado de pacientes oncológicos pediátricos. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta, 32,* 178-198.

Vega-Michel, C., López-Álvarez, M., & Camacho, E. (2010). Patrones conductuales en programas de evitación con humanos y sus efectos en cortisol salival. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta, 36,* 33-46.

Recibido el 17 de junio de 2011
Revisión final 26 de enero de 2012
Aceptado el 8 de febrero de 2012



Informes y estudios de caso

Reports an Case Studies

Resultados preliminares de un programa de tratamiento integral para la obesidad en niños mexicanos

Carlos Alberto Martín Mosqueda[1], Rebeca Robles García[2]

[1]*Instituto Mexicano de Psicoterapia Cognitivo Conductual, México*
[2]*Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, México*

Resumen

El objetivo del presente artículo es evaluar la utilidad de una intervención grupal, integrada por un programa nutricional no restrictivo, ejercicio recreativo y terapia cognitivo conductual, para disminuir la sobre ingesta alimentaria y el sobrepeso corporal en niños mexicanos con obesidad. Se conformó un grupo piloto de 7 niños con diagnóstico de obesidad exógena de acuerdo con la evaluación médica y nutricional correspondiente. Se evaluaron el tratamiento previo y posterior de tres meses por medio de antropometría y el cuestionario de sobre ingesta alimentaria. Como resultado se logró/evidencia una pérdida de peso de 2.28 kg., aunada al aumento de talla, así como la modificación de subescalas cognitivas y conductuales de sobre-ingesta alimentaria, racionalidad y hábitos de salud. En la discusión se concluye que la intervención integral cognitivo conductual resulta una medida útil para lograr la reducción de peso en niños mexicanos con obesidad. Es necesario dirigir esfuerzos para lograr la implementación de tratamientos integrales en la práctica clínica cotidiana en México.

Palabras clave: *obesidad infantil, tratamiento integral, terapia cognitivo conductual, sobre ingesta alimentaria.*

Preliminary results of a comprehensive treatment program for obesity in Mexican children

Summary

Objective: To evaluate the utility of a group intervention (consisting of a non restrictive nutritional program, recreational exercise and cognitive behavioral therapy) to decrease the dietary intake and body overweight in Mexican children with obesity. Method: We formed a pilot group of 7 children with exogenous obesity diagnosis in accordance with appropriate medical and nutritional assessment. The total sample was evaluated before and after treatment with anthropometry and the Overeating Questionnaire using t-tests. Results: Main results indicated a weight loss of 2.28 kg coupled with increased size, and the modification of cognitive and behavioral scores (overeating, rationality and health habits). Discussion: The comprehensive cognitive behavioral intervention is an adequate tool to achieve weight reduction in obese Mexican children. It is necessary to direct efforts towards the implementation of this kind of treatments in everyday clinical practice in our country.

Keywords: *Childhood obesity, comprehensive treatment, cognitive behavioral therapy, overeating.*

INTRODUCCIÓN

Actualmente la obesidad se reconoce como uno de los principales problemas de salud pública en varios países del mundo incluido México (Barquera, Tolentino, & Rivera, 2005). La obesidad ha dejado de ser una problemática específica del

Dirigir toda correspondencia sobre este artículo a: Rebeca Robles García. Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Calzada México-Xochimilco 101, Colonia San Lorenzo Huipulco, Delegación Tlalpan, CP. 14370, México, D.F. Teléfono: (55) 41 60 51 43.
Correo electrónico: reberobles@imp.edu.mx
RMIP 2012, 50-57.
ISSN-impresa: 2007-0926
www.revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com
Derechos reservados ®RMIP

primer mundo y de las poblaciones de clases altas, para extenderse a países en vías de desarrollo y a todas las clases sociales.

Al comparar la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Secretaría de la Salud, 1999) con la misma encuesta realizada en el año 2006, se observa un aumento importante en la prevalencia de la obesidad infantil, pasando de 5.3% a 9.4% en varones, lo que significa un crecimiento del 77%. En las niñas pasó de 5.9% a 8.7%, lo que equivale a un incremento del 47%. La prevalencia de obesidad creció gradualmente entre los 5 y 11 años de edad; en niños pasó de 12.9% a 21.2% y en niñas de 12.6% a 21.8%.

Algunas de las razones que han generado el incremento de la obesidad en México son los adelantos tecnológicos que favorecen un estilo de vida más pasivo y sedentario (Dias & Enríquez, 2007), así como el desarrollo de alimentos de rápida cocción y el gran aporte calórico (Duelo, Escribano, & Muñoz, 2009). Esto explica la coexistencia de la obesidad, la desnutrición y las carencias alimentarias en la población infantil y adolescente de México (Fernández, Montoya, & Viguri, 2011). De hecho, por primera vez en la historia de este país se han emitido lineamientos para reglamentar el expendio y la distribución de alimentos "chatarra" en las escuelas, con la finalidad de promover ambientes más saludables que contribuyan a detener el crecimiento de este problema en la población estudiantil (Hernández & Martínez, 2011).

Sin duda, resulta apremiante el desarrollo de estrategias efectivas que permitan la prevención y tratamiento de la obesidad infantil. Estas estrategias deben tomar en cuenta que se trata de una enfermedad compleja y multifactorial que requiere un abordaje integral que involucre a profesionales del ámbito nutricional, médico, psicológico, social y físico (Martín & Robles, 2009).

Las actuales propuestas de tratamiento se basan principalmente en una reducción de la ingesta calórica y en el fomento de la actividad física. Desafortunadamente, su efectividad ha sido baja (Coates & Thoeresen, 1978). La reducción promedio de 1.2 a 2.2 libras (0.5 a 0.99 kg) que consiguen no se mantiene a lo largo del tiempo, lo que puede deberse en buena medida a que no se dota a los participantes de las estrategias de modificación de conducta que permiten un cambio estable en sus hábitos, y/o a que se utilizan dietas restrictivas que se asocian al desarrollo de conducta alimentaria compulsiva o sobre ingesta (Gómez et al., 2002). Por las razones expuestas, es necesario implementar tratamientos más flexibles que permitan la adherencia y favorezcan un cambio conductual sostenido en el tiempo (Martín & Robles, 2009).

En esta dirección, el objetivo del presente estudio es evaluar la utilidad de una modalidad de tratamiento integral de la obesidad infantil, dirigida a la modificación del estilo de vida de cada paciente y su familia, con base en un programa nutricional no restrictivo, ejercicio recreativo y la implementación de estrategias cognitivo conductuales adecuadas.

MÉTODO

Participantes

Se aplicó el tratamiento a 7 niñas y niños mexicanos, 4 hombres (57.1%) y 3 mujeres (42.9%), con una media de edad de 11.5 años (*DE* = 0.9), estudiantes de primaria (*M* = 6.71, *DE* = 0.9 años de escolaridad) diagnosticados con obesidad exógena, cuyo percentil de índice de masa corporal fuera igual o mayor a 95. Se excluyeron a quienes presentaban un perfil tiroideo anormal, así como también a aquellos que padecían diabetes, problemas coronarios y ortopédicos, o manifestaban incapacidad intelectual para comprender instrucciones. Los criterios de eliminación incluyeron la deserción del estudio (operacionalizada como asistencia a menos del 80% de la intervención) y el no contestar de forma completa y correcta el instrumento de evaluación de la intervención.

Todos los participantes fueron captados de

la consulta externa de nutrición de un núcleo médico en Guadalajara, Jalisco, México. Solo participaron aquellos que asintieron y cuyos padres o tutores firmaron el consentimiento informado correspondiente.

Variables e instrumentos

Inicialmente se llevó a cabo la medición de variables mediante báscula (peso), estadímetro (talla), cinta métrica (circunferencia abdominal) y picómetro (volumen de grasa), debidamente certificados y aplicados por personal entrenado para la tarea. Posteriormente se calcularon los percentiles del Índice de Masa Corporal (IMC) en niños (Barquera, Toletino, & Rivera, 2005).

Las variables psicológicas relacionadas se evaluaron mediante el *Cuestionario de sobre ingesta alimentaria* (OQ, por las siglas de su nombre en inglés), desarrollado por O´Donnell y Warren (2007) para conocer los hábitos y actitudes del comportamiento alimentario, así como los hábitos generales de salud y funcionamiento psicosocial.

Los hábitos y actitudes alimentarios se evalúan por medio de las siguientes subescalas: 1) sobreingesta alimentaria, 2) subingesta alimentaria, 3) antojos alimentarios, 4) expectativas relacionadas con comer, 5) racionalización y 5) motivación para bajar de peso. Los hábitos generales de salud y el funcionamiento psicosocial se miden con base en cuatro subescalas adicionales: 1) hábitos de salud, 2) imagen corporal, 3) aislamiento social y 4) alteración afectiva). Las puntuaciones elevadas en las subescalas de motivación para bajar de peso, hábitos de salud e imagen corporal indican fortalezas, mientras que en el resto de las subescalas las puntuaciones elevadas indican debilidades.

Incluye también dos subescalas (inconsistencia en las respuestas y defensividad), que examinan el sesgo de las respuestas y la validez de la medición en el caso particular. La versión en español que se utilizó en el presente estudio es una medida de autoinforme de 80 reactivos que se responden en escala tipo Likert de 0 a 4 puntos de frecuencia, que ha demostrado una alta consistencia interna (en un rango de 0.79 a 0.88 para las diferentes subescalas), confiabilidad test-retest (de 0.64 a 0.94) y validez de constructo (O´Donnell & Warren, 2007). Se ha observado que sus puntuaciones correlacionan con otras mediciones de características relacionadas con la conducta alimentaria, con el índice de masa corporal (IMC), los hábitos de salud, trastornos del estado de ánimo, funcionamiento social y participación exitosa en actividades que conducen a una pérdida de peso (O´Donnell & Warren, 2007).

Procedimiento

Todos los participantes completaron las mediciones antropométricas y psicológicas antes y después de la intervención, con el fin de evaluar su utilidad.

Se practicaron exámenes de laboratorio e historia clínica por parte de un médico tratante, para determinar si cubrían los criterios de inclusión. Ya establecido el diagnóstico de obesidad exógena, se realizaron mediciones antropométricas y se diseñó un plan de alimentación personalizado a cargo de un nutriólogo tratante. Con los pasos anteriores se obtuvo información sobre los tipos de nutrientes, su importancia y distribución en el consumo diario y las necesidades de cada uno de los pacientes. Se enseñó a niños y padres de familia a utilizar la tabla de equivalentes y a armar sus propios menús. La dieta no fue restrictiva, por lo que se insistió en la ingesta de todos los grupos de alimentos en las cantidades adecuadas para cada uno.

Posteriormente y a lo largo de tres meses se aplicó el programa de actividad física y se llevó a cabo la intervención cognitivo conductual. El programa de actividad física no tuvo un fin competitivo (intensidad moderada) y se realizó de forma gradual cuatro días a la semana, en un ambiente social y amistoso, reforzando cada

Tabla 1. Propuesta de tratamiento «Mente y Cuerpo Ligeros»

FASE	OBJETIVO	ESTRATEGIAS
I. Evaluación previa al tratamiento	Evaluar las condiciones físicas, el grado de obesidad; los hábitos, actitudes y pensamientos relacionados con la alimentación; el historial de ejercicio; el estado afectivo y social; y el nivel de auto eficacia percibida.	Asistir a interconsulta con médico y nutriólogo. Aplicar el OQ. Realizar la entrevista para determinar el nivel de expectativa y compromiso del paciente y de los padres.
II. Alianza terapéutica. Sesiones 1 y 2.	Propiciar un trabajo conjunto.	Explicar en qué consiste el tratamiento, educar en el enfoque cognitivo conductual y establecer el contrato terapéutico con los niños y padres. El entrenador físico establece las condiciones de trabajo que se seguirán durante el tratamiento (actividad física individualizada de bajo impacto 4 días a la semana, con carácter lúdico y en un ambiente social). Establecer el entrenador las condiciones de trabajo que se seguirán en el tratamiento: actividad física individualizada de carácter de impacto cuatro días a la semana y en un ambiente social. Entregar el plan de alimentación no restrictivo e individualizado que se determinó en la previa evaluación.
III. Tratamiento Sesiones 3 a 10.	Incrementar conciencia del problema. Crear un ambiente propicio para el cambio del estilo de vida. Generar autoeficacia Modificar las creencias irracionales relacionadas con la obesidad. Disminuir los posibles obstáculos del tratamiento. Facilitar la incorporación con los grupos de iguales.	Realizar automonitoreo de alimentos consumidos fuera del plan de alimentación establecido. Realizar automonitoreo y registro de los antecedentes que puedan generar faltas a la actividad física. Educar a los padres en relación con la importancia del modelamiento de conductas alimenticias sanas y de la actividad física vigorosa, así como también modificar el ambiente en la casa por medio del control de alimentos. Extinguir conductas sedentarias como ver televisión. Entrenar a los niños en autocontrol (mediante contrato de contingencia, auto observación y auto refuerzo), y formar a los padres en reforzamiento social. Instruir a los niños en reestructuración cognitiva. Entrenar a los niños en solución de problemas. Entrenar a los niños para que sean asertivos.
IV. Prevención de recaídas. Sesiones 11 y 12.	Disminuir la probabilidad de recaídas en el tratamiento.	Entrenar a niños y padres en relación con la recaída: búsqueda de situación de riesgo y entrenamiento en solución de problemas.
V. Evaluación postratamiento.	Determinar el nivel de cambio alcanzado.	Aplicación del OQ y realización de interconsulta para medición del peso y del índice de masa corporal.

avance y la actitud proactiva. Las actividades fueron recreativas, fomentaron el juego activo y redujeron el gusto por actividades pasivas. El mínimo de tiempo que cada paciente realizó la actividad por día fue de 30 minutos, y el tiempo máximo fue de 45 minutos.

La intervención psicológica se aplicó una vez por semana. El tratamiento psicológico se lleva a cabo con un Manual y tuvo una duración de 12 sesiones de 90 minutos cada una. Las sesiones se llevaron a cabo de forma grupal, haciendo participes también a los padres de los niños. La intervención se fundamentó en la Terapia Cognitivo Conductual (Martin & Robles,

Tabla 2. Peso, talla, grasa y cintura antes y después de la intervención

Variable	Antes de la intervención	Después de la intervención	Contraste
	Intervención		
	Pre	Post	
Variables	M DE	M DE	t (gl = 6) p =
Peso (kg)	72.4 9.2	70.1 8.3	4.2 .006
Talla (cm)	155.1 6.0	157.1 6.4	-6.1 .001
Grasa (kg)	33.3 5.4	28.5 4.5	11.3 .000
Cintura (cm)	101.9 5.3	96.7 6.3	8.2 .000

2009) y tuvo los siguientes objetivos: facilitar el cambio del estilo de vida a partir del trabajo conjunto entre pacientes, padres de familia y equipo de trabajo, utilizando como principales estrategias la alianza terapéutica y el modelamiento de hábitos de salud. La interevención psicológica tiene como objetivos: regular la conducta alimentaria; incrementar autoeficacia; modificar los pensamientos distorsionados que se tienen en relación con la dieta y el ejercicio; generar un modelo activo y sano por parte de la familia; y dotar a los pacientes y a sus padres de estrategias para la solución de problemas y la prevención de recaídas. La Tabla 1 sintetiza el desarrollo de la intervención.

Análisis estadístico

Las características de la muestra se describieron con porcentajes y frecuencias para las variables categóricas y con media, desviación estándar y rango para las continuas. Se asumió una distribución normal de las variables dependientes principales (IMC y subescalas de sobreingesta alimentaria) en tanto su medición intervalar; por tratarse de más de cinco sujetos (Abelson, 1998), se optó por el empleo de pruebas *t de Student* para muestras relacionadas, a fin de compararlas antes y después de la intervención. El valor *alpha* prefijado fue de 95%.

RESULTADOS

En la tabla 2 se presentan los datos antropométricos de la muestra al inicio y al final de la intervención, así como los resultados de su comparación estadística. La media aritmética de IMC (Kg/m^2) antes y después de la intervención fue de 29.9 (*DE* = 7.6) y 28.4 (*DE* = 7.3).

En la tabla 3 se describen las puntuaciones promedio en las diferentes subescalas de sobreingesta alimentaria. Se incluyen los valores obtenidos antes y después de la intervención, así como también los resultados de su comparación estadística.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos con la implementación de la propuesta de tratamiento *Mente y Cuerpo Ligeros* incluyen una pérdida significativa de peso que se encuentra dentro de los parámetros alcanzados por los programas más implementados en nuestro país y el mundo (American Academy of Family Physicians, 2005). Después de la intervención se observaron diferencias significativas en las variables antropométricas sujetas a cambio (Tabla 2). Los resultados más importantes son la considerable reducción de peso (2.28 kg como promedio) con todo y el deseable y natural incremento de talla en esta edad (de 1.92 cm en promedio), así como la disminución de grasa (4.82 kg) y circunferencia de cintura (5.21 cm).

Llama la atención que aunque la muestra presentó una media de crecimiento de 1.92 cm, se haya alcanzado la importante disminución de grasa y circunferencia, objetivo de la intervención con niños de esta edad; lo adecuado es

Tabla 3. Variables psicológicas antes y después de la intervención

	Intervención		
	Pre	Post	
Variables	**M DE**	**M DE**	**t (gl = 6) p =**
Defensividad	17.6 9.1	17.9 6.6	-0.09 NS
Sobreingesta	11.9 6.8	5.1 3.4	3.1 **.02**
Subingesta	8.9 5.2	9.7 6.4	-1.0 NS
Antojos	6.7 4.6	5.6 3.6	0.79 NS
Expectativas	4.4 4.9	0.7 0.7	2.1 NS
Racionalidad	4.7 4.1	1.9 2.7	2.6 **.03**
Motivación	28.4 5.2	29.6 6.4	-1.0 NS
Salud	13.0 4.4	19.9 6.5	-2.8 **.03**
Corporalidad	7.6 4.5	10.6 6.6	-1.4 NS
Aislamiento	5.0 6.0	5.0 8.5	1.0 NS
Afectividad	4.7 3.1	5.0 5.0	-2.3 NS

el incremento en talla y una pérdida de peso no mayor a 0.5 kg por mes (Vázquez et al., 2007). Además, la pérdida de kilogramos de grasa y de circunferencia en cintura es un indicador de salud. La reducción de los niveles de grasa contribuye a evitar el desarrollo de problemas de salud como hipertensión, hiperlipidemia, tolerancia anormal a la glucosa, hipertrofia del ventrículo izquierdo, entre otros. La reducción de la circunferencia en la cintura ayuda a disminuir problemas ortopédicos y endocrinos, así como a mejorar la autoimagen y el autoconcepto, contrarrestando los posibles problemas emocionales que el niño puede llegar a tener (Holt, Warren, & Wallace, 2006).

Los cambios significativos en las variables psicológicas relacionadas con la sobreingesta (*sobreingesta, hábitos de salud y racionalidad)* sugieren modificaciones sistemáticas tanto en el aspecto conductual como en el cognitivo, meta principal de la propuesta de tratamiento psicológico. Como puede observarse, las diferencias clínica y estadísticamente significativas resultantes se presentaron en las subescalas de sobreingesta (factor conductual que refleja la tendencia a seguir comiendo aun después de haber saciado el hambre), racionalidad (factor cognitivo que refleja la tendencia a racionalizar para no responsabilizarse por conservar un peso corporal sano) y hábitos de salud (factor que se relaciona con la tendencia del individuo por participar en conductas que se consideran buenas para la salud). No se encontraron valores altos en defensividad, por lo que no se descontinuó ningún inventario aplicado.

La modificación conductual permite que los niños regulen la cantidad de alimentos que consumen, establezcan horarios de comida, elijan los alimentos sanos por encima de la comida chatarra, incrementen la actividad física y monitoreen la cantidad de calorías que consumen (Acoltzin, Robling, & Marcial, 2007).

Por su parte, la modificación de los pensamientos saboteadores permite que el niño genere un mayor apego al tratamiento, pues ya no minará sus esfuerzos por bajar de peso y evitará consecuencias emocionales negativas como la frustración, la tristeza, la ira y la culpa, que se generan por el *rebote* o por la no disminución de peso (Beck, 2007). Además, reconocerá la necesidad del cambio del estilo de vida, propiciando así una modificación profunda y duradera.

Sin embargo, no se obtuvo una modificación sobresaliente en afectividad *y* aislamiento social, lo cual podría obstaculizar la incorporación del niño a su ambiente. Esto pudo deberse

a que solo se destinó una sesión para el entrenamiento de la asertividad y otra para el manejo emocional. El pilotaje de la intervención demuestra entonces que es necesario dar mayor énfasis a los elementos emocionales y sociales, y no solo a los cognitivos y conductuales; quizá la incorporación de más dinámicas de expresión y manejo emocional (necesidad que se pudo observar en los niños al momento de la sesiones tanto por el terapeuta como el coterapeuta) y un mayor número de sesiones de entrenamiento asertivo puedan constituir estrategias para lograr cambios significativos en estas áreas.

Por otra parte, se encontró un incremento negativo en la variable *subingesta,* lo que conlleva a reflexionar sobre el probable riesgo de disminuir el consumo a niveles indeseados, provocado por el constante mensaje del autocontrol y el apego al plan de tratamiento. Este elemento debe cuidarse al momento de describir la importancia de la regulación, solicitar a los padres de familia el fiel apego al plan de alimentación y reevaluar en una etapa de seguimiento.

Además, a lo largo del desarrollo de la intervención el equipo de trabajo discutió la relevancia de planear un mayor número de sesiones con los padres, esto debido a que en ellos no se observó el mismo interés y apego que el mostrado por los niños. El rol de modelo de salud que los padres deben mostrar es fundamental (Reinerh, Brylak, Kerting, & Andler, 2003), por lo que podría ser importante fomentarlo con más de tres sesiones de trabajo terapéutico, como se hizo en el presente trabajo.

Habrá que evaluar si la incorporación de tales sugerencias para mejorar la intervención reditúa en mayores beneficios. De cualquier manera, la intervención, tal como se encuentra, resulta una herramienta útil para la reducción saludable de peso. La intervención ofrece como ventaja, en comparación con otras que han logrado estos resultados, ser un tratamiento con dieta no restrictiva que puede predisponer al aumento de peso después de la intervención. Además, el promedio de tiempo en las intervenciones antecedentes es de un año, mientras que esta dura tres meses, lo que podría explicar el alto apego al tratamiento (98.80% de asistencia) y posibilita su implementación en instituciones de salud altamente saturadas y con pocos recursos humanos, así como tiempo para destinar a la atención de este importante problema de salud pública.

Será necesario evaluar sus efectos a largo plazo mediante estudios de seguimiento, así como generar evidencia de efectividad en muestras más amplias y con una metodología que permita la generalización de los resultados del presente estudio. Finalmente, en el deseo de disminuir la pandemia en la que se ha convertido la obesidad infantil en nuestro país, tendrán que dirigirse esfuerzos para lograr la implementación de este tipo de tratamientos como parte de la práctica clínica cotidiana de los profesionales de la salud en su conjunto.

REFERENCIAS

Abelson, R. (1998). *La estadística razonada: reglas y principios.* Barcelona, España: Paidós.

Acoltzin, C., Robling, E., & Marcial, L. (2007). Tratamiento de la obesidad mediante una estrategia estructurada y sistematizada de autovigilancia. *Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, 50*(3), 118-120.

American Academy of Family Physicians. (2005). Intensive diet-behavior-physical activity program for obesity in children. *American Family Physician, 72*(3), 504-505.

Barquera, S., Tolentino, L., & Rivera, J. (2005). *Sobrepeso y obesidad, epidemiología, evaluación y tratamiento.* Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Beck, J. (2007). *The Beck diet solution, train your brain to think like a thin person.* Birmingham, EUA: Oxmoor House.

Coates, T. & Thoeresen, C. (1978). Treating obesity in children and adolescents: a review. *American Journal of Public Health, 68*(2), 143-151.

Dias, D. & Enríquez, D. (2007). Obesidad infantil, ansiedad y familia. *Boletín Clínico del Hospital Infantil del Estado de Sonora, 24*(1), 22-26.

Drohan, S. (2003). Managing early childhood obesity in the primary care setting: A behavior modification approach. *Pediatric Nursing, 28*(6), 599-610.

Duelo, M., Escribano, E., & Muñoz, F. (2009). Obesidad. *Pediatría, 11*(16), 239-257.

Fernández, S., Montoya, Y., & Viguri, R. (2011). Sobrepeso y obesidad en menores de 20 años de edad en México. *Boletín*

Médico del Hospital Infantil de México, 68(1), 79-81.
Gómez, G., Pineda, G., Esperance, P., Hernández, A., Platas, S., & León, R. (2002). Dieta restrictiva y conducta alimentaria compulsiva en una muestra de adolescentes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología, 19*(2), 125-132.
Hernández, M. & Martínez, O.G. (2011). Lineamientos generales para el expendio o distribución de alimentos y bebidas en los establecimientos de consumo escolar en los planteles de educación básica. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México, 68*(1), 1-6.
Holt, J., Warren, L., & Wallace, R. (2006). What behavioral interventions are safe and effective for treating obesity? *Journal of Family Practice, 55*, 536-538.
Martin, C. & Robles, R. (2009). Terapia cognitivo-conductual para la obesidad en niños y adolescentes: revisión y propuesta de intervención integral. *Psiquiatría, 25*(4), 10-15.
O´Donnell, W. & Warren, W. (2007). *Cuestionario de sobre ingesta alimentaria (OQ).* Ciudad de México, México: Manual Moderno.
Reinerh, T., Brylak, K., Kerting, M., & Andler, W. (2003). Predictors to success in outpatient training in obese children and adolescents. *International Journal of Obesity, 27*, 1087-1092.
Secretaría de Salud. (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.* Cuernavaca, México, D.F.: Instituto Nacional de Salud Pública.
Secretaría de Salud. (1999). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.* Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Púbica.
Vázquez, E., Romero, E., Ortiz, M., Gómez, Z., González, J., & Corona, R. (2008). Guía clínica para el diagnóstico, tratamiento y prevención del sobrepeso y la obesidad en pediatría. *Revista Medica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 45*(2), 173-186.

Recibido el 25 de mayo de 2011
Revisión final 29 de marzo de 2012
Aceptado el 3 de abril de 2012

Depresión: estudio comparativo en adultos mayores asistentes y no asistentes a los clubes del DIF de la Ciudad de México

Alma Gregoria Ayllón Hernández[1], Rosalinda Guadarrama Guadarrama[2] y Octavio Márquez Mendoza[3]

[1]Centro Universitario UAEM Temascaltepec, México
[2]Facultad de Ciencias de la Conducta, UAEM, México
[3]Centro de Investigaciones Médicas, UAEM, México

Resumen

El objetivo del presente estudio es comparar el nivel de depresión de dos muestras de 104 adultos mayores. La principal diferencia entre las dos muestras consiste en que una estaba compuesta por personas que asistían a clubes del DIF y la otra no. Se aplicó el Inventario de Depresión de Beck a los participantes. Los resultados indican diferencias significativas en depresión entre los grupos y por género. El análisis de algunas variables sociodemográficas permitió identificar que la depresión es un trastorno del estado de ánimo que no puede ser determinado por el nivel de asistencia a clubes. En conclusión, es necesario llevar a cabo más estudios sobre este tema, los cuales controlen múltiples dimensiones, así como revisar la correcta ejecución de los programas sociales encaminados a este grupo de edad.

Palabras clave: *depresión, adultos mayores, DIF, México.*

Depression: comparative research on elder persons attending or not to DIF clubs in Mexico City

Abstract

The objective of the present study is to compare the level of depression that shows two samples of 104 elder persons; the main difference between the two samples was that one was composed by elder persons attending to DIF-clubs and the other one was not. The Beck Depression Inventory was applied to participants. The results indicated statistical differences on depression by groups and by gender. The analysis of some socio-demographic variables helped to identify that depression is a disorder of mood that cannot be determined by level of attendance to clubs. In conclusion, it is necessary to carry out further studies on this issue but controlling for multiple dimensions as well as to review the proper execution of the social programs aimed at this age group.

Key words: *Depression, seniors, DIF, México.*

Dirigir toda correspondencia sobre este artículo a: Alma Gregoria Ayllón Hernández. Universidad Autónoma del Estado de México.
Calle. José María Morelos y Pavón #22. Tel. 7242671415. Cel.7225182660
Col. Florida, C. P. 51400. Tejupilco, México.
Correo electrónico: ayllon_psique88@hotmail.com
RMIP 2012, 58-66.
ISSN-impresa: 2007-0926
www.revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com
Derechos reservados ®RMIP

INTRODUCCIÓN

La depresión es una de las enfermedades psicológicas que más se presenta en la población mundial y en la senectud no es la excepción. Ya la OMS en 2001 estimó que para el año 2020 la depresión será la segunda causa de años de

vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados (Espinosa, Caraveo, Zamora, Arronte, Krug et al., 2007; De la Torre, Shimabukuro, Varela, Krüger, Huayanay et al., 2006). Además, se le ha vinculado con los problemas más importantes de salud pública (Muñoz, 2005; Murray & López, 1997, citado en Belló, Puentes, Medina, & Lozano, 2005; Tuesca, Fierro, Molinares, Oviedo, Polo et al., 2003).

Diversos estudios (Oliva & Fernández, 2006; Contreras, Moreno, Martínez, Araya, Livacic et al., 2006; Ocampo, Herrera, Torres, Rodríguez, Loboa et al., 2009; Mejía, Jaimes, Villa, Ruiz, & Gutiérrez, 2007) han destacado el acelerado crecimiento de la población adulta; tan solo en América Latina y el Caribe la población de adultos mayores de 60 años suma más de 53 millones (Jaspers- Fajer, 2010). La depresión es uno de los desórdenes psicológicos más comunes en esta etapa de la vida (Aldridge, 2001; Belló, et al., 2005; González 2005a; González 2005b; Tuesca et al., 2003; Rodríguez, Valderrama, & Molina, 2010); los cambios tanto físicos como sociales que se dan generan un sentimiento de infelicidad que compromete la calidad de vida del individuo (Pinilla, 2008), manifestándose principalmente por medio de cambios en su forma de percibir y relacionarse con el mundo, pues el anciano llega a sentir que su vida ya no tiene sentido (Ávila, Melano, Payette, & Amieba, 2007; Riquelme, Buendía & López, 2006). Además, esta etapa de decadencia estructural y funcional del organismo, bien señala Blazer (2003), se ve ligada a las pérdidas constantes no solamente de seres queridos, sino también de capacidades intelectuales y económicas (Vellaz, 1996; citado por Valdez, Román, & Cubillas, 2005).

De acuerdo con Cerquera (2008), las múltiples pérdidas que enfrenta el anciano se han relacionado con estados depresivos que originan un desequilibrio emocional y a su vez potencializan el desarrollo de trastornos del estado de ánimo (Oliva & Fernández, 2006).

Las estadísticas desde 1995 a 2001 revelan de un 10 a un 15% prevalencia de depresión en los ancianos en el mundo (Kaplan & Sadock, 1995; OMS, 2001). Para 2004, Medina, Villalobos, Araya y Ozols señalaban que el 7.4 % de la población mexicana padecía depresión; sin embargo, para el año 2005 se reportó que la puntuación global era de 9.5 % en mujeres y 5 % en hombres mayores de 60 años (Bello et al., 2005), siendo evidente un índice elevado en las mujeres (Acosta & García, 2007; Matud, Guerrero, & Matías, 2006). Según Jaspers- Faijer (2010), este índice se asocia a características de género y edad, además de ambientales y genéticas, así como al estilo particular de vida (Arango & Fernández, 2003). Por su parte, Ávila y colegas (2007) y Blazer (2003) reconocen la depresión como la causa principal de sufrimiento y mala calidad de vida durante la vejez, afectando con mayor severidad a los ancianos de estrato socioeconómico bajo y medio bajo (Tuesca et al., 2003).

Habitualmente, las alteraciones depresivas de los ancianos son disimuladas por las quejas somáticas atribuibles al propio proceso de envejecimiento (Alcalá, Camacho, & Giner, 2007; Bello et al., 2005; Espinosa et al., 2007; Riquelme et al., 2006), lo que dificulta un diagnóstico y un tratamiento para salvaguardar su salud.

Puede observarse entonces cómo las cuestiones relacionadas con el envejecimiento han tomado trascendencia, así como urgencia (Ham & Gutiérrez, 2007), demandando abordar al adulto mayor de manera integral (Peláez, 2005) y multidimensional (Cerquera, 2008) sin olvidar las particularidades del medio que le circunda (Rodríguez et al., 2010), lo que constituye un reto para la atención a la salud de este grupo etario.

A partir de este criterio, y aunado a lo señalado por Jaspers – Faijer (2010), en América Latina entre el 40 y 60 % de ancianos no posee ingresos, pensión o programas de alimentación que se complementen con actividad física, educación, cultura o deportes; sin embargo, se observa que

en los últimos años, los ancianos se han agrupado en asociaciones que tienen el objetivo de elevar la calidad de vida de sus integrantes (Hernández, 2004), logrando resolver problemas derivados de la economía, el abandono o la marginación social. Además, algunos investigadores (Rodríguez et al., 2010, Mora, Villalobos, Araya, & Ozols, 2004; Uribe-Rodríguez, Molina, & González, 2006) apuntan a la creación de herramientas que favorezcan la mejora en la calidad de vida, ya que han destacado su relación con los niveles de depresión.

En este sentido, López y Rodríguez (1999, citado por Rodríguez et al., 2010) basaron en ello su propuesta de intervención, a partir de la cual permitieron que el 80.9 % de los participantes superara su estado emocional al disminuir ideas suicidas, mejorando así las relaciones familiares y construyendo redes de apoyo. Del mismo modo, el Colegio Oficial de Psicólogos (2002) pone también de manifiesto la necesidad de implementar programas de intervención.

Por otra parte, Campos (2001) y la OMS (2001) han señalado que la participación de los ancianos en grupos de socialización permite integrarlos a las actividades laborales de ocio y lúdicas, además de actuar como factor protector, constituyéndose en una alternativa en medicina preventiva. Un estudio realizado en la zona metropolitana de Guadalajara (Panda, 1998, citado por Aguilar, Fuentes & Ávila, 2007) describe las redes de apoyo como "importantes condicionantes del estado de salud", ya que se reconoce que la falta de apoyo ayuda a incrementar el riesgo de aparición de enfermedades, acentúa el desarrollo de trastornos psicológicos y, por consiguiente, disminuye la calidad de vida.

El objetivo de la presente investigación es comparar el nivel de depresión que muestran los adultos mayores que acuden al Sistema DIF en Tejupilco, México, con una muestra equivalente que no se encuentra adscrita a dicho programa. Se espera que este estudio permita ahondar en el campo de la salud mental del anciano, que en los últimos años ha generado especial interés debido al aumento de las expectativas de vida de la población mayor (Cerquera, 2008; Mella, D'appolonio, Maldonado, & Fuenzalida, 2004), como hemos visto. Específicamente se espera aclarar la importancia de la asistencia a un grupo de socialización en beneficio de los ancianos.

MÉTODO

Participantes

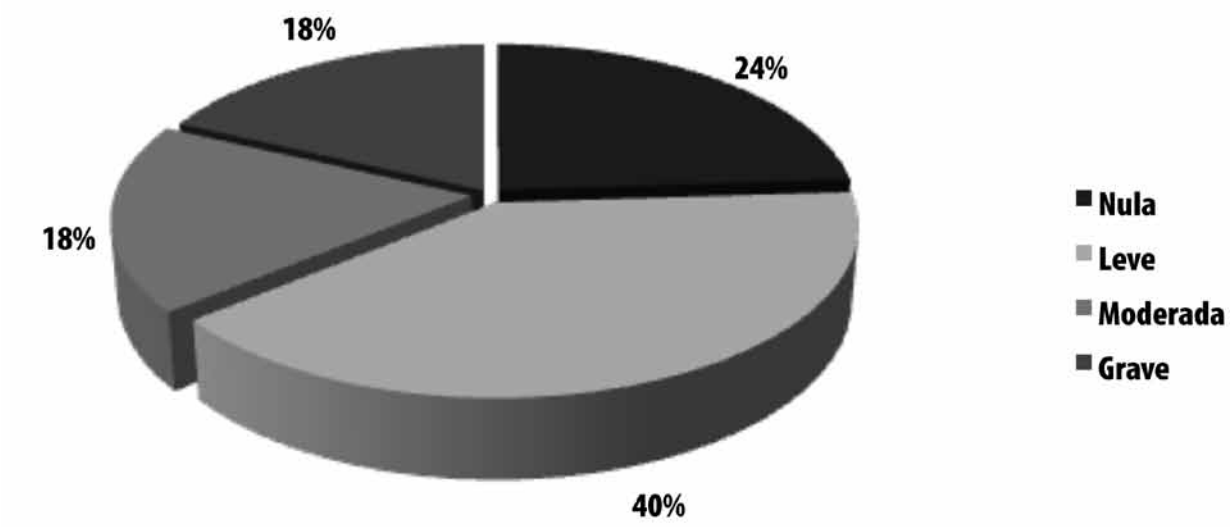
Para la presente investigación se trabajó con un muestreo no probalistíco de tipo intencional, de dos muestras independientes identificadas como 1) asistentes a clubes del DIF y 2) no asistentes, cada una de ellas con 104 sujetos, lo que hizo un total de 208 adultos mayores. Para la constitución de las muestras, además de asisitir o no a clubes del DIF, se consideraron los siguientes criterios de inclusión: tener de 60 a 90 años de edad; vivir en la cabecera municipal de Tejupilco, México; participar y acudir de manera voluntaria al club. Los criterios de exclusión fueron los siguientes: ser menor de 60 años o mayor de 90; asistir al club, pero no vivir en la cabecera municipal; (,) manifestar inconformidad por contestar el cuestionario; y presentar dificultades para escuchar.

Instrumentos

Cuestionario de variables psicosociales: edad, género, estado civil, religión y con quién vivían.

Inventario de depresión de Beck (Beck Depression Inventory), instrumento desarrollado para identificar la presencia y gravedad de la depresión en poblaciones normales y clínicas. En esta ocasión se utilizó la versión autoaplicada de 18 series (González-Celis, 2009). En cada una de ellas, el sujeto debió elegir aquella frase entre un conjunto de cuatro alternativas ordenadas por su gravedad, que se puntúan de 0 a 3, en función de la alternativa seleccionada de acuerdo con el estado de ánimo del sujeto, incluyendo el día de la aplicación. La validación y confiabili-

Grafica 1. Porcentaje de niveles de depresion para la muestra en general.



dad para ancianos mexicanos se expresa en los siguientes valores: varianza explicada de 48.7% y un alpha de Cronbach de 0.86. Se evalúan tres factores: trastornos cognitivos, deterioro en el rendimiento y déficits afectivos. La media y desviación reportadas (M = 9.89 y DE = 7.74) permiten establecer puntos de corte para ubicar a los sujetos en niveles de depresión de nulo a grave.

Procedimiento

El inventario se aplicó a los ancianos con previo conocimiento y consentimiento, enfatizando el manejo de información con fines de investigación. La forma de aplicación fue tipo entrevista. Para los asistentes, se acudió a realizar la aplicación individual en las instalaciones del DIF municipal de Tejupilco, donde se contó con un espacio privado; para la muestra de no asistentes, se acudió a la vivienda de cada uno de ellos, quienes proporcionaron el espacio de aplicación para contar con privacidad para contestar, optando generalmente por la sala de la casa.

Dado que algunos participantes no sabían leer ni escribir, el sujeto que realizó la entrevista procedió a dar lectura al cuestionario para que cada persona respondiera de manera verbal lo que considerara pertinente. Cabe señalar que todos los cuestionarios fueron aplicados por la misma persona.

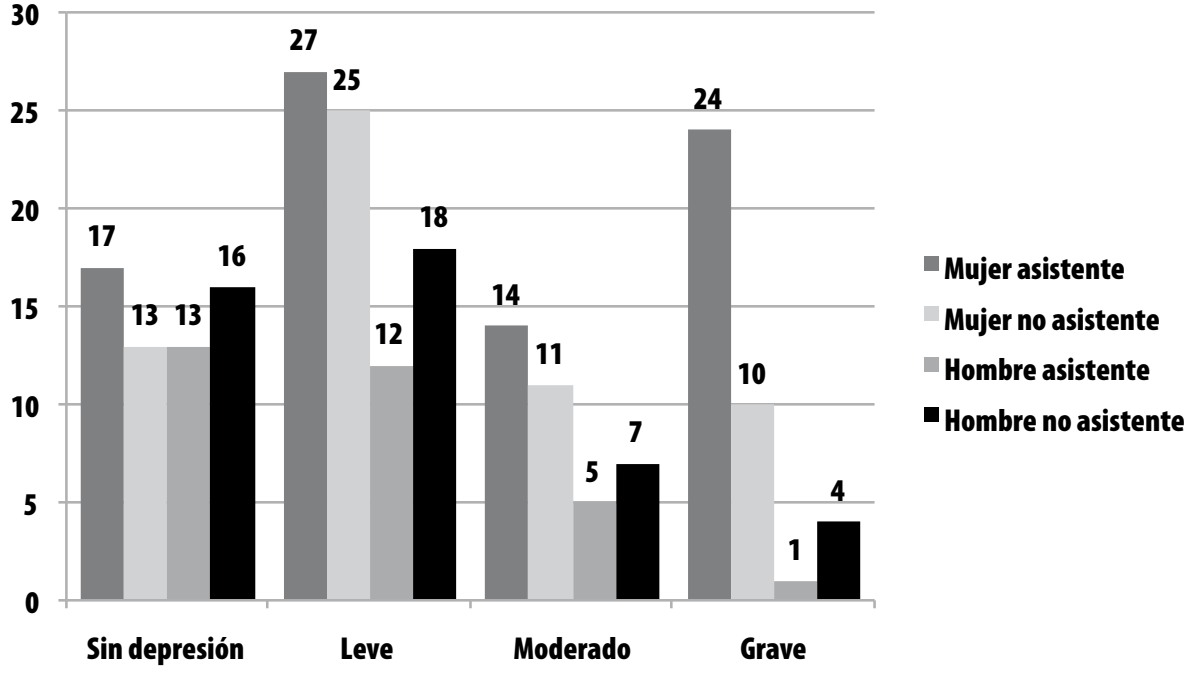
Los análisis estadísticos se realizaron mediante el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales SPSS v17.

Resultados

Los resultados se presentan en dos segmentos: en el primero se analiza la muestra de 208 ancianos, mientras que en el segundo se analizan y realizan comparaciones con grupos de igual tamaño (n = 104), con la finalidad de evitar falacias estadísticas que pudieran llevar a conclusiones erroneas.

Los análisis para la muestra en general, a partir de los valores reportados por González-Celis (2009), permiten establecer cuatro niveles de depresión: nulo (8 o menos), leve (9-17), moderado (18-25) y grave (26 o más). Tal como se observa en la Gráfica 1es claro que el porcentaje de ancianos que manifestaron depresión (76%) es casi cuatro veces mayor que el de aquellos que se ubican en un nivel de depresión nula. La me-

Grafica 2. Frecuencia por nivel de depresion para hombres y mujeres de acuerdo con la variable de asistencia.



dia aritmética de depresión para los 208 sujetos fue de 15.8 (*DE* = 9.06).

Además, para la muestra total se realizó la división por sexo y asistencia. Como se puede observar en la Gráfica 2, la frecuencia de depresión se evidencia mayor para las mujeres que asisten a los clubes del DIF, sobre todo en el nivel leve. Sin embargo, los hombres que no asisten obtuvieron la mayor frecuencia en este mismo nivel.

Con respecto a los datos sociodemograficos para la muestra total de 208 ancianos, se obtuvo una media de edad de 71.3 (*DE* = 7.56 años (asistentes: *M* = 73.1, *DE* = 6.91; no asistentes: *M* = 69.5, *DE* = 7.79). En relación con la religión, 196 sujetos manifestaron profesar el catolicismo y el resto alguna otra religión. Solo seis manifestaron no profesar ninguna religión. Sesenta y seis sujetos eran hombres y 142 mujeres. Para las variables «ser asistente» y «no ser asistente», en conjunto con presentar o no depresión se obtuvieron las frecuencias para las variables sociodemográficas (ver Tabla 1).

En cuanto a los análisis para la muestra con depresión, la media de depresión para los sujetos fue de 18.9 (*DE* = 8.06). Con respecto a la comparacion para los grupos de asistencia a clubs (*n* = 84; *M* = 19.7, *DE* = 8.69) y no asistencia (*n* = 75; *M* = 17.9, *DE* = 7.29), no se obtuvieron diferencias significativas (*t(157)* = 1.396, *NS*). *NS*). Tampoco se obtuvieron diferencias (*t*(92) = 0.535, *NS*) entre hombres (*n* = 47; *M* = 16.3, *DE* = 6.89) y mujeres (*n* = 47; *M* = 17.1, *DE* = 7.37). Al combinar el sexo con la asistencia y la no asistencia, no se encontraron diferencias entre hombres y mujeres. Esto mismo (*t*(157) = 1.438, *NS*) sucedió con las personas dedicadas al hogar (*n* = 85; *M* = 19.7, *DE* = 8.39), respecto a las que trabajan fuera de casa (*n* = 74; *M* = 17.9, *DE* = 7.66).

Con respecto a la edad, se realizó el análisis

Tabla 1. Distribución de los sujetos para las variables sociodemográficas, de acuerdo con la muestra de asistentes y no asistentes con y sin depresión.

		Sin depresión		Con depresión		Total
		Asistentes	No asistentes	Asistentes	No asistentes	
		f	f	f	f	f
Ocupación	Hogar	15	7	54	31	107
	Fuera	4	22	30	46	101
Vive con	Esposo	7	9	17	22	55
	Hijos	4	8	27	9	48
	Esposo e hijos	3	5	5	19	32
	Otro	1	5	14	14	34
	Solo	5	2	21	11	39
Sexo	Hombre	3	16	18	29	66
	Mujer	17	13	66	46	142
Edad	60-69	6	18	25	36	85
	70-79	10	10	44	25	89
	80-90	4	1	15	14	34
Estado civil	Casado	10	18	27	44	99
	Soltero	10	11	57	31	109

entre los grupos de 60 a 69 años (n = 61, M = 19, DE = 8.70) y de 70 a 79 años (n = 69, M = 19.0, DE = 7.81) sin encontrar diferencias significativas (t(128) = 0.035, *NS)*. Este mismo análisis se realizó para los tres grupos de edad (n = 29) sin obtener diferencias significativas. Para el grupo de 80 a 90 años se realizó el análisis entre asistentes y no asistentes con la prueba U de Mann-Whitney, y no se obtuvieron diferencias relevantes.

Del mismo modo, no se encontró diferencia significativa *(*F(4,154) = 2.314, *NS)* para la variable «vive con». La media más alta (n = 36, M = 21.8, DE = 9.62) la obtuvo el grupo que vive con hijos, seguido del que vive con otro (n = 28, M = 20.04, DE = 7.21) y, posteriormente, el conformado por quienes viven solos (n = 32, M = 18.6, DE = 7.31), seguido por el grupo de quienes viven en pareja y con hijos (n = 24, M =17.0, DE = 8.01) y, finalmente, el conformado por quienes viven en pareja (n = 39, M = 16.8, DE = 7.19), siendo este último grupo el que obtuvo la media más baja. Sin embargo, entre casados (n = 71, M = 17.3, DE = 7.37) y solteros (n = 88, M = 20.1, DE = 8.45) sí se obtuvieron diferencias significativas (t(157) = -2.198, p < .05).

Discusión

El tema de la depresión ha sido estudiado desde tiempo atrás, sin embargo, cuando se le relaciona con la senectud, al menos en México se encuentran pocos estudios al respecto por la escasa cultura sobre salud mental y la ancianidad, pues cuando se hace referencia a este tema, generalmente se piensa en enfermedad y, por lo tanto, en atención, no en prevención. No obstante, puede resaltarse que en los últimos años ha aumentado el número de personas que alcanza este rango de edad (Barragán, Mejía, & Gutiérrez, 2007; Gallegos, Jyoti, Sánchez, Wagner, Gallo et al., 2009; Guralnyk & Ferruci, 2003; OPS, 1998), aunque no siempre con un estado de salud óptimo, ya que la senectud es precisamente una etapa de la vida en la que la salud física y las capacidades cognitivas se deterioran, lo que por sí solo pudiera ser un factor que origina la depresión. Así que habría que pensar en el cuidado de la salud física y mental, en un plan de vida y no en una etapa de vida, pues la forma

como una persona enfrenta las situaciones no es particular, sino que se viene desarrollando y realizando a lo largo de la vida.

En este sentido, estos resultados permiten observar cómo la depresión en los ancianos no está lejos de lo que Beck ya en su momento habia formulado, pues inclusive la muestra permite establecer puntos de corte similares a los que en el propio instrumento se indican. Con lo anterior, se logra así ubicar a los sujetos en los niveles de depresión nula o grave, y con ello corroborar el hecho de que los ancianos, en un porcentaje considerable, manifiestan depresión, incluso mucho mayor que lo reportado por García, Gurindi, Medina y Dorta (2007), ya que ellos solo reportaron un 47%, mientras que para esta investigación se encontró el 76%, resaltando que el número de sujetos que manifestaron puntuaciones de depresión es casi cuatro veces mayor de aquellos que no la presentaron. Este hecho hace pensar en la senectud como una etapa de riesgo, ya que si bien en ella se presenta la disminución de algunas capacidades, parece ser que también se pierde toda esperanza no solo ante, sino de la vida, es decir, implica el contacto más próximo y seguro con la muerte.

En un gran número de estudios se ha señalado que la depresión es una patología que se presenta más en las mujeres. Este mismo estudio permite observar cómo la cantidad de mujeres que asisten a los clubes triplica a la de hombres, hecho que ha sido reportado también en otras investigaciones (Acosta & García, 2007; García et al., 2007) con muestras similares. De lo anterior se infiere que son precisamente las mujeres quienes más acuden al apoyo social institucional. Esto puede ser por una cuestion cultural, ya que en contextos como el estudiado se piensa que los clubes del DIF y algunos otros programas institucionales son exclusivos para la mujer, aunque este mismo estudio demuestra que la tendencia va cambiando, ya que los hombres comienzan a insertarse a estas actividades, lo que resulta positivo.

Lo anterior se convierte en un factor limitante con respecto a si los hombres o las mujeres se deprimen más; sin embargo, al realizar la comparacion por sexo en los ancianos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la medida de depresión.

Al comparar la depresión en sujetos asistentes y no asistentes a clubes del DIF, se puede observar que no se obtuvieron diferencias, aunque los asistentes presentaron una media mayor. En este sentido cabe señalar que el hecho de asistir o no asisitir a clubes no es determinante para evitar la presencia de la depresión. Entonces, se podría decir que el hecho de asistir a actividades recreativas durante la edad adulta no es un factor que pudiera disminuir la presencia de la depresión en esta etapa de la vida, sino que habría que indagar otras variables.

Con respecto a la variable de estado civil, se observaron diferencias entre casados y solteros, siendo mayor la depresión en las personas solteras, aspecto que había sido señalado de manera contraria ya por Acosta y García (2007). Además, las personas que viven con hijos son quienes más se deprimen. Aunque no se obtuvieron diferencias estadísticas, si es notorio que las personas que menos se deprimen son aquellas que viven con su pareja. En este sentido, se puede señalar que al vivir con los hijos el anciano se convierte en una "víctima" de los hijos, ya que en estudios como el de Hernández (2010) se encontró que los ancianos tienden a deprimirse cuando conviven constantemente con los hijos, pues esto les limita en la toma de decisiones. No obstante, en algunos casos lo que genera este malestar es más el pensamiento negativo del anciano, pues el hecho de no vivir ya como jefe de familia, sino estar al cuidado de otros, lo hace sentir impotente e inútil para realizar actividades que antaño hacía sin mayor problema.

En conclusión, se puede señalar que la depresión es un fenómeno complejo que no permite explicaciones unicausales. Precisamente, este estudio hace posible indicar que existe una diver-

sidad de factores que se conjugan para su desarrollo y mantenimiento, uno de ellos puede ser la propia edad y lo que ella implica, no como última etapa de la vida, sino como una etapa en la que las pérdidas constantes toman fuerza, dejando desprotegido al anciano.

Por esta razón, se requieren nuevos estudios, ya que el presente contempla una pequeña parte de la población tejupilquense de México, que además se caracteriza por su ruralidad. Por lo tanto, se sugiere conducir nuevos estudios que analicen los programas de atención psicosocial para los ancianos, con la finalidad de realizar ajustes que atiendan realmente sus necesidades, además de enfocar el trabajo profesional del psicólogo en aspectos que le permitan al anciano cambiar la visión de inutilidad y soledad, estudiando aspectos como la esperanza, la motivación y la expresión de emociones.

REFERENCIAS

Acosta, Q. & García, F. (2007). Ansiedad y depresión en adultos mayores. *Psicología y Salud, 12*(2), 291-300.

Aguilar, N., Fuentes, C., & Ávila, F. (2007). Validez y confiabilidad del cuestionario para la depresión en adultos mayores de la Encuesta Nacional sobre Salud y envejecimiento en México. *Salud Pública de México, 49*(4), 256-262.

Alcalá, V., Camacho, M., & Giner, J. (2007). Afectos y depresión en la tercera edad. *Psicothema, 19*(1), 49-56.

Aldridge, D. (2001). *Las terapias creativas artísticas en el tratamiento de enfermedades neurodegenerativas. Memorias del Congreso de Musicoterapia y Arteterapia en las Enfermedades Neurodegenerativas*, Vitoria-Gasteiz, España: Instituto de Música, Arte y Proceso.

Arango, L. & Fernández, G. (2003). Depresión en la enfermedad de Alzheimer. *Revista Latinoamericana de Psicología, 35*(1), 41-54.

Ávila, J., Melano, M., Payette, H., & Amieba, H. (2007). Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores. *Salud Pública de México, 49*(5), 367-375.

Barragán, A. J., Mejía, S., & Gutiérrez, L. M. (2007). Dolor en adultos mayores: prevalencia y factores asociados. *Salud Pública de México, 49*(4), 488-494.

Belló, M., Puentes, E., Medina, M., & Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México, 47*(1), 4-11.

Blazer, D. (2003). Depression in late life: Review and commentary. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences, 58*(3), 249-65.

Campos, A. (2001). Curso y pronóstico de la depresión. *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra, 12*, 161-165

Cerquera, A. M. (2008). Relación entre los procesos cognitivos y el nivel de depresión en las adultas mayores institucionalizadas en el asilo San Antonio de Bucaramanga. *Universitas Psychologica, 7*(1), 269-279.

Colegio Oficial de Psicólogos (2002). Psicología, psicólogos y envejecimiento: contribución de la psicología y los psicólogos al estudio y la intervención sobre el envejecimiento. *Revista especializada en Gerontología, 37*, 268-275.

Contreras, D., Moreno, M., Martínez, N., Araya P. Livacic, P., & Vera, P. (2006). Efecto de una intervención cognitivo-conductual sobre la variables emocional es en adultos mayores. *Revista Latinoamericana de Psicología*, *38*(1), 45-58.

De la Torre, J., Shimabukuro, R., Varela, L., Krüger, M., Huayanay, L., Cieza, J., & Gálvez, M. (2006). Validación de la versión reducida de la escala de depresión geriátrica en el consultorio externo de geriatría del Hospital Nacional de Cayetano Heredia. *Acta Médica Peruana, 23*(3), 144-147.

Espinosa, A., Caraveo, A., Zamora, O., Arronte, R., Krug, Ll., Olivares, S., Reyes, H., Tapia, M., García, J., Doubova, S., & Peña, V. (2007). Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de depresión en lo adultos mayores. *Salud Mental*, *30*(6), 69-80.

Gallegos, K., Jyoti, M., Sánchez, S., Wagner, F., Gallo, J., Salmerón, J., & García, C. (2009). Social networks and health-related quality of life: a population based study among older adults. *Salud Pública de México, 51*(1), 6-13.

García, F., Guridi, M., Medina, A., & Dorta, Z. (2007). Comportamiento de la depresión en el adulto mayor. *Pensamiento psicológico, 7*(14), 63-7.

González, C. R., (2005a). Aportaciones del enfoque cognitivo-conductual a la psicología del envejecimiento. En L. M. Reidl, E. Matute y V. M. Alcaraz (Coords.), *Las aportaciones mexicanas a la psicología. La perspectiva de la investigación en la década 1995-2005.* México, D.F.: UNAM.

González, C. (2005b). ¿Cómo mejorar la calidad de vida y el bienestar subjetivo de los ancianos? En L. Garduño, B. Salinas y M. Rojas (Coords.), *Calidad de vida y bienestar subjetivo en México.* México, D.F.: Plaza y Valdés.

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.

Guralnik, J. M. & Ferruci, D. (2003). Demography and epidemiology. En Hazzard, W. R. Blass, J. P., Halter, J. B., Ouslander J.G. y Tinneti, M. (Eds.), *Principles of geriatric medicine and gerontology* (pp. 53-75, 5ta. ed.). Nueva York, EUA: McGraw-Hill Co. 53-75.

Ham, R. & Gutiérrez, L. M. (2007). Salud y envejecimiento en el siglo XX. *Salud Pública de México, 49*(4), 43-45.

Hernández, O. M. (2010). *Factores que originan depresión en ancianos que acuden a consulta externa*. Tesis de Licenciatura no publicada, Universidad del Estado de México, C. U. Temascaltepec, Estado de México, México.

Hernández, Z. (2004). La Psicoterapia Gestalt: Una alternativa para el tratamiento de la depresión en adultos mayores institucionalizados. En *Propuestas terapéuticas para el tratamiento de la depresión*. México, D.F.: CEIG

Jaspers-Faijer, D. (2010). Boletín: Envejecimiento y desarrollo. Recuperado el 14 de Julio de 2011, de http://www.eclac.cl/celade/noticias/

Kaplan, H. & Sadock, B. (1995). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore, EUA: William and Wilkins.

Matud, M. P., Guerrero, K. & Matías, R. (2006). Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *6*(7), 7-21.

Mejía, S., Jaimes, M., Villa, A., Ruiz, L., & Gutiérrez, L. (2007). Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México. S*alud Pública de México, 49*(4), 475-481.

Mella, R., D'appolonio, J., Maldonado, I., & Fuenzalida, A. (2004). Factores asociados al bienestar subjetivo en el adulto mayor. *PsyKhe 13*(1), 79-89.

Mora, M., Villalobos, D., Araya, G., & Ozols, A. (2004). Perspectiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la activación física recreativa. *MH Salud, 1*(1), 12-16.

Muñoz, F. (2005). La depresión y la salud en nuestros pueblos. *Salud Mental*, *28*(4), 1-9.

Ocampo, J., Herrera, J., Torres, P., Rodríguez, J. A., Loboa, L., & García, C. A. (2009). Sobrecarga asociada con el cuidado de ancianos dependientes. *Colombia Médica*, *38*(1), 40- 46

Oliva, R. & Fernández, T. (2006). Salud mental y envejecimiento: una experiencia comunitaria de musicoterapia con ancianos deprimidos. *Psicología y Salud*, *16*(1), 93-101.

Organización mundial de la Salud, OMS. (2001). Hombre, envejecimiento y salud. Recuperado el 27 de Marzo de 2010, de http://www.imersomayore.csic.es

Organización Panamericana de la Salud, OPS. (1998). *Salud de las personas de edad. Envejecimiento y salud: un cambio de paradigma* (CSP25/12). Washington, EUA: Autor.

Peláez, M. (2005). La construcción de las bases de la buena salud en la vejez: situación en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17, 299-302.

Pinilla, M. (Edit.). (2008). *El cuidado de lo humano en el contexto universitario. Aportes de un equipo de Psicólogos.* Bogotá, Colombia: Pontificia Universidad Javeriana.

Riquelme, A., Buendía, J., & López, A. (2006). Desarrollo y validación de un instrumento para la evaluación de la depresión en ancianos. *Psicothema*, *18*(2), 288-299.

Tuesca, R., Fierro, N., Molinares, A., Oviedo, F., Polo, Y., Polo, J., Rivera, L., & Montero, M. (2005). Espiritualidad y religiosidad en adultos mayores mexicanos. *Salud Mental, 28*(6), 51-58.

Rodríguez, U. A., Valderrama, O. L., & Molina, L. J. (2010). Intervención psicológica en adultos mayores. *Psicología desde el Caribe, 25*, 246-258.

Sierra, I. (2003). Los grupos de socialización como factor protector contra la depresión en personas ancianas. *Salud Pública de México, 77*(5), 595-604.

Uribe-Rodríguez, A. F., Molina, J. M. & González, L. (2006). Program of intervention on the quality of life, the depression and the cognitive deterioration in people who belong to groups of the third age. Documento presentado en la 26th International Congress of Applied Psychology, Atenas, Grecia.

Valdez, E., Román, R., & Cubillas, M. (2005). Análisis de la oferta de servicios para adultos mayores y sus necesidades manifiestas. *Psicología y Salud*, *15*, 127-133.

Recibido el 16 de febrero de 2011
Revisión final 24 de abril de 2012
Aceptado el 29 de abril de 2012

Vivencia del joven con osteosarcoma: estudio de dos casos

Ma. del Consuelo Cabral Gallo[1], Alma Olga Delgadillo Hernández[1] y Enrique Martínez Curiel[2]

[1]*Instituto de Investigación de Cáncer en la Infancia y Adolescencia, México*
[2]*Universidad de Guadalajara, México*

Resumen

Estudio que se realizó con el objetivo de describir la vivencia con la enfermedad del joven diagnosticado con osteosarcoma. La estrategia del diseño de investigación fue el estudio de casos. La información se recolectó mediante la entrevista no estructurada y los resultados se examinaron con base a la propuesta de Amedeo Giorgi (1985) al considerar que las unidades de análisis permiten definir qué es el caso y orientan la elaboración de resultados, los cuales generaron cinco temas que permiten conocer la vivencia desde el diagnóstico de la enfermedad hasta la curación. Algunos hallazgos son los siguientes: la importancia de considerar que la información y la orientación hacia el paciente y su familia durante el informe de diagnóstico es primordial para favorecer el apego al tratamiento; la preocupación de la imagen corporal ante la amputación, como factor de potencial abandono terapéutico; las reacciones y emociones ante el tratamiento van desde el miedo, aislamiento, depresión, deseo o temor a la muerte hasta el afrontamiento positivo. Los resultados muestran que prestar atención a la vivencia de quien vive con cáncer puede permitir una mejor comprensión de algunas necesidades, miedos y cambios que se generan ante la pérdida de la salud.

Palabras clave: *vivencia, jóvenes, diagnostico cáncer, estudio de casos.*

Dirigir toda correspondencia sobre este artículo a: María del Consuelo Cabral Gallo. Instituto de Investigación de Cáncer en la Infancia y Adolescencia. Salvador Quevedo y Zubieta No. 750. Código Postal 44340. Guadalajara, Jalisco. México.
Teléfono conmutador (33) 36 18 93 26; 36 18 93 62 Ext.1544.
Correo electrónico: consuelo1205@hotmail.com consuelo.cabal@mail.hcg.udg.mx
RMIP 2012, 67-78.
ISSN-impresa: 2007-0926
www.revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com
Derechos reservados ®RMIP

Lived experiences of young people with osteosarcoma: study of two cases

Abstract

Study conducted with the aim to describe lived experiences by young people diagnosed with Osteosarcoma. The strategy for the design of the research consisted on case studies. The information was collected through unstructured interviews and considering that the units of analysis allowed the case definition for study and guide the processing of the results. This approach was based on the proposal of Amedeo Giorgi (1985).The results comprised by five themes provided insight into the lived experiences from the diagnosis to the cure of the disease. Some findings were the importance of considering the information and guidance to the patient and his/her family during the diagnostic report, which is considered essential to promote adherence to treatment. Also, the body-image concerns before amputation as potential threat to therapeutic adherence. A main finding was the analysis of emotional reactions related to the treatment, which included fear, isolation, depression, fear of death, and positive coping. These and other results show that by paying attention to the experiences from people living with cancer, it is possible to obtain a better understanding of some needs, fears and changes generated by the loss of health.

Keywords: *Lived experiences, young people, diagnostic, cancer, case study.*

INTRODUCCIÓN

El osteosarcoma es un tumor maligno que tiene la característica de presentarse en etapa adoles-

cente, en la mayoría de los casos aparece en extremidades inferiores, es mortal sin tratamiento, limita la movilidad y restringe las actividades cotidianas en quien lo padece. Este trabajo explora la vivencia con enfermedad y el significado que encuentra la persona en-su-mundo a partir del diagnóstico, sobre todo por presentarse durante la adolescencia, ya que es una etapa de cambios importantes en los aspectos físico, emocional y psicológico aunque, sin duda, la pérdida de la salud en cualquier etapa de la vida implica enfrentarse a una enfermedad antes desconocida.

Surge entonces la pregunta: ¿cómo es vivir con cáncer? Para responder a ello, esta investigación tuvo como propósito profundizar en el conocimiento de las vivencias reveladas por los pacientes -a quienes llamaremos colaboradores- diagnosticados con Osteosarcoma, en el Servicio de Hemato-Oncología Pediátrica del Hospital Civil de Guadalajara «Dr. Juan I. Menchaca» (HCGJIM). Así fue posible conocer el proceso de enfermedad en el momento del diagnóstico, durante el tratamiento y hasta considerarse en control. De alguna manera, es un testimonio como sobreviviente al cáncer.

La información se recolectó por medio de entrevistas no estructuradas con los colaboradores. Modolell, Sanz y Casado (2004, p. 13), con respecto a la entrevista con pacientes oncológicos señalan que «hay sufrimiento físico, psicológico y/o amenaza vital. Por ello la comunicación está teñida de múltiples emociones tanto del paciente como de los profesionales vinculados». El contexto en el que se desarrolló esta investigación fue en las instalaciones del Servicio de Hemato-Oncología Pediátrica del HCGJIM.

Se consideró importante tomar en cuenta una definición específica del término *vivencia* como un intento de hablar unificadamente. Para fines de la presente investigación, se entiende el concepto de vivencia mediante la definición de van Manen, quien ha realizado aportes valiosos en el campo de la pedagogía y la fenomenología con relación al estudio de las vivencias. Con base en Dilthey (1985), Manen define que «*la vivencia, en su forma más básica, involucra nuestra inmediata y prerreflexiva conciencia de la vida: una conciencia reflexiva o autoconcedida que es como conciencia, no consciente de sí misma*» (van Manen, 1990, p. 35).

A partir de esta definición de vivencia, se entenderá toda aquella esencia peculiar expresada por los colaboradores con relación a su enfermedad. La importancia de esta investigación radica en el hecho de que conocer y comprender cómo vive la persona la enfermedad, permite ampliar el campo de intervención en la atención psicoterapéutica. En este sentido, Benavente, Guerra y Mendoza (2008, p. 5) señalan que «*la enfermedad constituye una vivencia que queda consciente o inconscientemente en la persona, dejando huella en mayor o menor proporción*», y debido a que la vivencia se adscribe dentro de los fenómenos psíquicos o de interiorización de la persona, es competencia del psicoterapeuta manejar los aspectos vivenciales.

Así, el resultado de este trabajo rescata el criterio de máximo beneficio para la persona diagnosticada con osteosarcoma; dicho beneficio cobra valor al ser aplicado por parte del profesional de la salud con base en un fundamento ético que redunda en una atención sanitaria digna al recurrir o utilizar el conocimiento derivado de la presente investigación.

MÉTODO

Colaboradores

Caso 1

Joven de 22 años al momento de la investigación, soltera, estudió la preparatoria, trabaja en un taller de artesanías y participa en el gasto familiar. Fue diagnosticada a los 17 años de edad con osteosarcoma en fémur derecho, metastásico al pulmón. La extremidad se amputó e inició tratamiento con quimioterapia un año después. Han transcurrido 23 meses de vigilancia médica sin evidencia de enfermedad hasta el momento de la entrega del reporte final de esta investigación.

Caso 2

Joven de 16 años, soltero, concluyó la primaria, plantea en su momento retomar sus estudios. Trabaja en labores propias del campo junto con sus hermanos. El diagnóstico con osteosarcoma de fémur derecho osteoclastico/teleangiectasico se le dio a conocer a la edad de 13 años. La extremidad se amputó tres semanas después de realizarse el diagnóstico. Han pasado siete meses de vigilancia médica sin evidencia de enfermedad.

Los criterios de selección de los colaboradores se relacionan con el tipo de diagnóstico y el momento del ciclo vital, adolescencia-juventud, en el que se presenta la enfermedad de acuerdo con el cuadro típico de la evolución del osteosarcoma. En esta misma línea, los dos casos se eligen con base en el método de *casos típicos* que se describe en el siguiente apartado.

Procedimiento para recolectar la información

La entrevista no estructurada fue la técnica principal que se utilizó para recolectar la información. Se realizaron dos sesiones de entrevista con cada colaborador, cada sesión con una duración aproximada de 80 minutos; aunque fueron dos bloques de entrevistas, se consideró como un único proceso de entrevista. El eje temático que sirvió para guiar la entrevista fue hablar acerca su vivencia con la enfermedad desde el momento del diagnostico de osteosarcoma.

La selección de los colaboradores se realizó por medio de la técnica de *casos típicos*, es decir, los participantes fueron aquellos que podrían representar lo esperado de los pacientes con diagnóstico de osteosarcoma, en cuanto a sus síntomas y momento del ciclo vital en que se presenta la enfermedad. Según Ulin, Robinson y Tolley (2005, p. 51), la estrategia de muestreo dentro de esta técnica se basa en «*considerar que la gente común es experta en virtud de las experiencias e ideas que pueden compartir y su disposición a ayudar a explorar el problema de investigación*», idea que concuerda con el supuesto de que los colaboradores tuvieron algo que compartir con relación a la vivencia de su enfermedad, su diagnóstico y el impacto que dicha vivencia generó en sus planes en el futuro y en sus redes de apoyo más próximas.

Con relación al número de participantes, Stake (1999, p. 17) plantea que «*la investigación con estudio de casos no es una investigación de muestras*», esto debido a que la investigación cualitativa, a la cual se adhiere esta investigación, no se enfoca en obtener generalizaciones, sino que promueve la importancia, singularidad y particularidad de la visión que las personas subrayan frente a un fenómeno puntual, en este caso, frente a un diagnóstico concreto y la vivencia que se desprende a lo largo de la evolución de la enfermedad. De acuerdo con lo anterior, se tomaron como punto de partida las estadísticas del Servicio de Hemato-Oncología Pediátrica del HCGJIM, donde anualmente se diagnostican de cuatro a seis casos nuevos con osteosarcoma; por tanto, se decidió que dos colaboradores serían un número adecuado para investigar la vivencia con enfermedad.

Según la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, considerando el Capítulo I, Artículo 16, se protegió la privacidad de los colaboradores al manejar los datos y la información obtenidos en las entrevistas bajo confidencialidad. De igual forma, según el Artículo 17 de la ley citada, esta investigación se considera sin riesgo, ya que no se manipulan variables en forma intencional. Del mismo modo, se cumple con el Artículo 20 dado que se solicitó consentimiento informado a los colaboradores. Institucionalmente no hubo limitaciones para desarrollar esta investigación.

Análisis

Un estudio de casos tiene diversos objetivos, entre los que se cuentan predecir, generar teorías, interpretar significados o bien, generar una guía para la acción (Gherardi & Turner, 2002).

En lo referente a esta investigación, se toma el estudio de casos con el objetivo de describir el significado que tiene el cáncer para una persona que vive esta enfermedad, de tal manera que el punto de vista que prevalece es el significado de la vivencia que los colaboradores comparten. El análisis de las entrevistas se realizó con base en la propuesta de Amedeo Giorgi (1985), a pesar de que los resultados de la investigación se presenten como un estudio de casos. El proceso de análisis propuesto por Giorgi (1985) formula los siguientes momentos:

- Leer la descripción completa con el fin de obtener una idea general de toda la declaración.
- Discriminar las *unidades de significado* dentro de una perspectiva psicológica y con un enfoque sobre el fenómeno en fase de investigación.
- Una vez que las *unidades de significado* hayan sido delineadas, habrá que pasar por todas las unidades de significado y expresar la visión psicológica contenida en ellas de forma más directa, siendo esta la parte más reveladora del fenómeno en estudio.
- Sintetizar todas las *unidades de significado* en una declaración coherente sobre la experiencia de la persona. Esto generalmente se conoce como la estructura de las experiencias y se puede expresar en una serie de temas y subtemas.

Este modelo de análisis fue útil para indagar el objeto de estudio tras la exploración de las *unidades de significado* del relato derivado de las entrevistas, lo cual permitió conocer cómo los colaboradores enmarcan y encuentran el sentido particular a un conjunto de vivencias relacionadas con la enfermedad. Las *unidades de significado* se utilizaron como medida analítica para examinar la forma en que cada uno de los temas y subtemas generados de estas unidades representan para los colaboradores su sentido-en-el-mundo a partir del diagnóstico.

Una unidad de significado se entiende entonces como la característica singular, connotación que se le atribuye a una palabra y que denota la particularidad en el discurso; la unidad de significado busca describir y comprender el fenómeno, mas no interpretarlo. La descripción de las vivencias con la enfermedad de los colaboradores se realizó en función de los temas identificados, los cuales permitieron distinguir diversos modos de registro que fueron canalizadores de la expresión desde el diagnóstico, durante el tratamiento y en la fase actual de control de la enfermedad.

RESULTADOS

Los resultados que se exponen a continuación intentan describir en profundidad la vivencia ante el cáncer, específicamente el osteosarcoma. Al hacer un análisis de acuerdo con el método que se presentó, más allá de obtener resultados que se enmarcaran solo dentro de lo metodológico y lo descriptivo, lo que se presenta es un modo distinto de entender la vivencia y lo que significa para el joven enfrentarse a un proceso que fortalece y lesiona varios aspectos de la vida en su condición presente y futura.

Vivencia frente a la enfermedad

La vivencia frente a la enfermedad enmarcó tres diferentes momentos en el proceso de los colaboradores, a saber: el primero abarca el periodo en el que son informados de su diagnóstico; el segundo comprende el procedimiento de amputación; y el tercero es la fase de tratamiento con quimioterapia.

Informe diagnóstico

Caso 1

La joven participante de este estudio relató lo siguiente: «*Me dijeron "tienes* cáncer y ocupamos tratarte*" (…) Cuando te dan una noticia así, pues como que me sentí mal*». Esto da cuenta del im-

pacto que tuvo la colaboradora respecto a la confirmación de la enfermedad, además, implica un esfuerzo adicional en torno al interés que puede orientar el tratamiento posterior: «*si de todas formas me voy a morir, mejor no, y dejé de ir a citas y todo*». En el momento en el que se le informó su diagnóstico y el tratamiento que debería enfrentar, devino una desatención frente a su salud, en el sentido de no seguir las indicaciones médicas que se le sugirieron. Se cuestionó la validez que tenía el criterio de los médicos tratantes, lo que afectó directamente su estado de ánimo.

Caso 2

El joven colaborador mencionó que al ser informado de su diagnóstico, sobrevino una etapa de temor, incertidumbre, incredulidad, poca comprensión del sentido que tiene el diagnóstico y su gravedad, seguido de una sensación de desasosiego y confusión. Al respecto, mencionó: «*El doctor me decía que era un tumor maligno, pero como yo nunca había escuchado eso, pues yo no le creía, a veces sí y a veces no, y así… Me sentía, pues triste, triste y asustado también*».

El procedimiento de amputación

En ambos casos analizados, la amputación formó parte del tratamiento ante el cáncer. Se identificó como el episodio en el que la vivencia de la enfermedad se describió con mayor impacto emocional, y en el que quedaron de manifiesto las reacciones y los modos en que los colaboradores se enfrentaron al procedimiento y a las secuelas que les dejó el vivir sin una parte de su cuerpo.

Caso 1

La colaboradora describió haber sentido miedo al imaginarse sin una pierna «*si me voy a morir, que me muera completita, decía yo*». Hay una sensación de no ser completo en el mundo, de que a su ser le falta algo y que esa relación de su ser en-el-mundo no volverá a ser como antes. Se encontró que el miedo la detuvo para aceptar el procedimiento; visualizó su imagen corporal incompleta, esto le hizo suponer que marcaría una diferencia en comparación con el resto de las personas. Al respecto, menciona: «*mi miedo era ese, no tener una pierna… sentirme diferente*».

Existió un momento en el que la colaboradora cayó en la cuenta de que el dolor y la incomodidad afectaban sus actividades cotidianas: «*(…) al subirme al camión, sentí como que si me hubieran dado con dos cables de electricidad en el puro tumor y me subí como pude, y luego, ya cuando me bajé, quise pisar y ya no pude…*». En ese momento había negativa respecto a recibir atención médica a pesar de que el dolor era intenso; antes de este evento no contemplaba la idea de ser amputada.

Al vivir con tanto dolor, con la incapacidad de moverse y desplazarse, fue entonces cuando aceptó la cirugía como la única opción para controlar este síntoma. Decidió regresar al hospital «*ora si lo que digan ellos* –doctores- *porque ya me dolía mucho… bueno, yo lo siento así, ya me estorbaba el pie*». Así, a través de su experiencia de dolor, permeó en los aspectos físico, cognitivo y emocional, la necesidad inevitable de aceptar la amputación muy a pesar del miedo de vivirse diferente: «*Yo creo que yo sola también cambié de opinión porque vi que ya me dolía, que ya no podía. Por eso digo que bueno que no me operé tan… si me hubiera dejado que me quitaran la pierna cuando me dijeron, a lo mejor yo me hubiera deprimido más y hubiera dicho ¡es que ¿por qué?, ¿por qué?! Sin embargo, como ya me dolía sentía como que, sentía que ya no servía para nada el pie y eso -aja- yo creo que me sirvió mucho porque dije no*». Esta idea es un intento de pensar que aceptó la amputación en el momento en que creyó era el mejor y en el que someterse a dicho procedimiento tenía sentido para ella.

Luego de la amputación, algunas personas cercanas a la colaboradora apelaron que si se hubiera decidido recibir atención médica de manera más temprana, tal vez no hubiera sido amputada.

Lo expresado por los demás llegó a generar en ella sentimientos de culpa. Esta vivencia la expresó de la siguiente manera: «*Porque a veces también uno cuando pasa algo se echa la culpa y a lo mejor uno por algo… mucha gente dice "¿ya ves? ¿Por qué no te atendiste a tiempo?" y dije, si no me atendí a tiempo no me arrepiento porque he pasado muchas cosas y de esas cosas aprendí a vivir*». Así la experiencia del proceso de amputación es un aliciente mediante el cual adquiere significados de superación y de aprendizajes frente a la vida, al pasar de la culpa a la toma de decisiones y al no arrepentimiento.

Al hacer un recuento de lo vivido durante este periodo, es claro que la colaboradora intenta hacer un contraste entre su estado actual frente a la amputación y el estado inicial durante el momento de ser informada del procedimiento; así lo expone: «*yo me deprimí más cuando me dijeron que cuando me amputaron… Me cortaron el pie, ahora sí que salí bien contenta porque ya no me dolía nada, mi mamá en cambio sí se deprimió*». En este punto, señala que la amputación es una ganancia, ya que el dolor desapareció, en tanto el procedimiento causó cierto impacto emocional para las personas de su entorno.

Después del proceso de amputación, se permitió hacer una valoración personal, al manifestar que si bien su movilidad se afectó, esto no quiso decir que quedaría inhabilitada o incapacitada para seguir relacionándose a diario con el mundo que la rodea. Al respecto, menciona: «*… que diga la gente lo que quiera, yo me siento bien, por mí, que la gente diga (…) lo único que no tolero de mí, ver mi sombra o en el espejo caminando, ya lo demás ya no…*». Si bien, sintió que la relación con los demás pasa a un segundo plano, la relación consigo misma muestra que hay elementos frente a la amputación que aún no acepta.

Caso 2

La vivencia del joven colaborador frente a la amputación está cargada de miedo y a la vez de aceptación al procedimiento, ya que le otorgó el siguiente significado, según lo expresa: «*yo preferí luchar porque si no me dejaba que me amputaran me iba a morir porque se me iba a subir el tumor*». Dicho significado habla de la lucha que mostró ante una situación difícil y a la pérdida de una parte de su cuerpo. Esta batalla facilitó que se creara un sentido frente a la vida y que la relación del ser-en-el-mundo cobrara matices de sosiego y adaptabilidad; identificó claramente que no amputarse la extremidad afectada le ocasionaría la muerte; entendió la consecuencia de la no amputación en términos de la diseminación del cáncer.

La reflexión que realizó al ser informado sobre la necesidad de realizar la amputación, muestra que más allá de no tener una parte del cuerpo, lo que importó fue la funcionalidad de esa parte, es decir, si era útil conservarla o no. Así lo expresó: «*cuando me llevaron al doctor, cuando el hueso de mi rodilla ya no… ya estaba más que un pedazo, ya se estaba deshaciendo por el tumor, ya estaba carcomido el hueso, ya el hueso no estaba completo…*».

Además de tener clara la no funcionalidad de la extremidad afectada por el tumor, contó con la intervención y la influencia de su mamá, quien fue determinante para que aceptara la amputación: «*… pues mi mamá que me decía que no importaba que me amputaran mi pierna, que nomás que estuviera vivo pues ya. Y que si me la cortaban podía usar una prótesis, por eso fue que acepté…*». Además, reveló poder de decisión frente a su proceso de amputación al contemplar las alternativas que se le plantearon para el momento en que tuviera que vivir sin una parte de su cuerpo; en su caso, el uso de una prótesis. De igual forma, el sentir el respaldo de la figura materna fue un pilar emocional importante.

Después de vivir emocional y físicamente el proceso de amputación, en el colaborador se presentó la necesidad de adaptarse corporalmente a su vida, al nuevo estado físico y a las actividades cotidianas. Fue interesante para él darse cuenta de que existían aprendizajes desconocidos que

debía enfrentar ante su idea preconcebida de que la amputación lo imposibilitaría para seguir su vida habitual. Cuando vivió la realidad corporal de la amputación, descubrió esa sensación recobrada de ser útil: «*ahorita ya puedo caminar bien con las muletas, y allá en el rancho mi papá me presta una troca de él; llevo a mi mamá a comprar, pues las cosas que necesite ella; yo pensaba que no iba a poder hacer nada*». Ahora no concibe su nueva situación de ser-en-el-mundo tras la amputación como un factor que lo limite como individuo.

Proceso durante el tratamiento con quimioterapia

Forma parte del tercer periodo en relación a la vivencia con enfermedad que se planteó líneas atrás. La literatura médica propone 10 ciclos de quimioterapia adyuvante, es decir, posterior a la cirugía de amputación, como parte del tratamiento de osteosarcoma. En este tiempo se presentan ciclos de hospitalización de cuatro a seis días con intervalos de tres semanas si la condición física e inmunológica del paciente lo permite, ya que cada organismo reacciona diferente a los medicamentos que se administran. En esta fase de tratamiento los pacientes reciben diversas combinaciones de quimioterapéuticos con esquemas ya establecidos clínicamente.

Caso 1

Para la colaboradora, el hecho de desconocer si el tratamiento con quimioterapia sería efectivo, le hizo pensar en la posibilidad de muerte: «*Uno oye cáncer y ¡ya me voy a morir! Uno piensa que es muy complicado. Y gracias a Dios, como a la tercer quimioterapia se me quitó*». Este momento revierte esperanza y expectativa frente al futuro. Las dificultades se leen a la luz de los posibles resultados positivos que se deriven del seguimiento y apego de las indicaciones médicas.

El hospital adquiere un significado especial, se convierte en una extensión de su cotidiano y de sus redes de apoyo más próximas. La paciente logró sobreponerse al embate que le resultó enfrentarse con la enfermedad y la manera en que vivió el proceso. La colaboradora hizo del hospital su espacio durante el tiempo de tratamiento con quimioterapia, tal como lo expresa: «*es como tu segunda casa… aquí aprendí a no deprimirme y ver a los demás niños era divertido*». También reconoció un sentimiento de soledad en este periodo; su compañía eran otros pacientes y sus familias; describe episodios de tristeza, enojo, desesperación y depresión que ella connotaba como algo que debía superar como parte esencial del tratamiento.

En ese contexto, el hospital es el lugar donde logró consolidar estrategias de afrontamiento, las cuales desarrolló a partir del significado que le atribuyó a la enfermedad y al tiempo de tratamiento con quimioterapia, periodo que identificó con cambio e impacto emocional: «*cuando le dan a uno las quimioterapias se pone uno bien sensible y de todo se enoja, y me ponía a llorar*». Existe un esbozo de hablar sobre la pérdida de control o de la regulación de sus emociones, como consecuencia de la quimioterapia.

Caso 2

Durante los periodos de hospitalización y tratamiento, convergen una serie de encuentros, miedos, tristeza, dolor y también pensamientos catastróficos, como lo describe el joven colaborador: «*veía a los niños que se morían, yo pensé que no iba a lograrlo… me sentía triste, yo nomás estaba pensando que cuando... que a lo mejor otro día u otra noche también me podía pasar a mí*». Así, la convivencia con otros pacientes le reflejó su propia realidad ante la enfermedad, incluso pensó en la posibilidad de muerte.

El tratamiento desencadenó una serie de síntomas físicos relacionados con una baja de defensas del sistema inmunológico (neutropenia), lo que devino en una pulmonía a partir de la cual permaneció intubado; tal procedimiento causó que su esófago se afectara de manera profunda (esofagitis): «… *me daban nutrición parenteral*

o por la vena, pero nomás era para mantenerme vivo, pero no me llenaba nada, hasta que me hicieron la cirugía esta de la gastrostomía para poderme alimentar, y eso ya me llenaba más. Ahorita ya puedo comer de todo, pero como no se me abre bien -esófago- *, batallo poquito para pasar (…) Al principio batallaba para pasar, no podía pasar el agua, ya después pude pasar la carne y la tortilla, ahora ya puedo comer de todo…*». Se puede notar que el tratamiento le significó una lucha constante en el plano físico. Para este colaborador, una de las necesidades básicas, como lo es la alimentación, fue otra de las batallas importantes que enfrentó a lo largo del tratamiento e incluso después de haber concluido los 10 ciclos de quimioterapia luego de la amputación.

Vivencia frente a la familia

La familia ocupó un lugar importante dentro del proceso de enfermedad y diagnóstico. Su influencia fue casi determinante y contribuyó a la manera en que los colaboradores lograron asumir las consecuencias y demandas que este tipo de cuadro clínico plantea.

Caso 1

Al describir su vivencia con la enfermedad y frente a la familia, la colaboradora dejó entrever las condiciones de su entorno familiar: escasos recursos económicos y la ausencia del padre, por lo que asumió el rol parental a muy corta edad y creció con la visión de sí misma como una mujer capaz de sobreponerse a los problemas. Sus remembranzas refieren la participación afectiva de su mamá, quien por momentos también estuvo ausente en los periodos de hospitalización por prestar más atención a cubrir las carencias económicas de su familia: «*en mi casa mis hermanos se quedaban solos, mi mamá no estaba ni conmigo ni con ellos porque tenía que trabajar para darnos de comer… a veces sí me ponía triste… sí se siente uno solo en esos momentos*». Lo anterior deja ver que si bien el diagnóstico y el tratamiento se convierten en algo que afecta la dinámica familiar, hay otros temas que apremian y que requieren ser atendidos, al contrario del imaginario que se tiene en cuanto a que si existe un cuadro clínico de esta magnitud, el núcleo familiar deba volcarse sobre esta situación.

Para ella, su situación familiar era clara, por eso comprendía los periodos de ausencia por parte de su mamá durante el tiempo de hospitalización; pero la perturbó afectivamente que sus familiares no estuvieran al pendiente de ella: «*uno tiene familia, luego dicen que no pueden venir y me sentía mal*». Se entiende que hay una parte del tratamiento en el que la familia ya no puede acompañar, y esto le impactó en su vida emocional.

Caso 2

Para el colaborador, la imagen materna apareció como una figura de soporte emocional. La aceptación y protección familiares también fueron de gran ayuda durante todo el tiempo de la lucha contra la enfermedad, desde el diagnóstico hasta el momento en que se realizó la entrevista. Para él fue menos peligroso vivir y enfrentar la enfermedad, la amputación y el tratamiento, gracias al apoyo de su familia. En conjunto, manifestó una atmósfera cálida y amorosa que le permitió sobreponerse en corto plazo a su nueva situación de ser-en-el-mundo. Narró una historia de apoyo por parte de sus padres durante el tiempo de hospitalización. Ambos hacían turnos para cuidarlo, «*me decían que no me asustara, que iba a salir todo bien*». Ante esta dinámica familiar, la posición del colaborador se mantuvo activa y participativa en el tratamiento; el espacio hospitalario y la interacción con el personal de salud promovieron una convivencia con cercanía afectiva.

Vivencia frente a sí mismo

El vivirse con relación a sí mismo, liado a la dinámica de la enfermedad, hace que este interjuego (entre sí mismo y la enfermedad) cree un sentido especial y particular del proceso. Existen múltiples matices en este punto: algunos lo pueden vivir como algo edificante, otros como

algo devastador y que suscita un laberinto del cual toma demasiado trabajo salir; sin embargo, lo que cobra relevancia en este punto es rescatar lo que deriva del enfrentarse al proceso del tratamiento, del impacto que tiene en sí mismo, en la familia y en el lugar que se ocupa en el mundo después de haber sucumbido a la enfermedad.

Caso 1

La colaboradora otorga un significado y un designio a su enfermedad, el cual es convertirse en un ejemplo de superación para otros, tal como lo expresa: «*yo quiero que la gente vea en mí que sí se puede*». Un sentido de esperanza y reflejo hacia el mundo, de motivación e impulso, eso es lo que quedó luego de enfrentarse a la enfermedad. Ya con este significado propio, sus recursos y cualidades personales se reflejaron durante todo el tiempo de tratamiento: «*yo me decía, estoy pasando por una prueba, quiero superarla*». La relación que se teje consigo misma es profunda, de aprendizaje y conocimiento personal, de autocritica y de posibilidades. Al leer el proceso en retrospectiva, se ubicó en un nivel superior, que le permitió ver las ganancias y las pérdidas, así como las nuevas aristas de sí misma que no conocía.

También reconoce que buscó mantener una actitud positiva: «*por todo lo malo algo bueno vendrá, entonces yo decía, estoy pasando por algo malo, ahora voy a esperar lo bueno*». El sentido de vivir un proceso, de los bemoles que se presentan y la tranquilidad que le produce, hacen que la vivencia se enriquezca y repercuta en lo que quiere comunicar al mundo tanto de los otros como el propio, donde guarda a manera de reserva lo vivido.

Caso 2

Para el joven colaborador, la recapitulación de su vivencia en torno a sí mismo reflejó una posición subjetiva que expresó en términos de asumirse como un hombre que aprendió de la experiencia, con un nuevo y mejor valor hacia su familia y de sí mismo, revestido de una fortaleza antes desconocida. Su presente es un proceso de cambio. Describió una imagen que refleja cualidades y recursos personales que forman parte de lo ganado ante la vivencia con la enfermedad: «*Quiero estudiar, ser doctor para salvar niños como me salvaron a mí (…) Lo que pasó, pues ya es pasado, yo creo que por eso ya no… yo creo que ya por eso no hablamos de eso, ya ni mis papás ni mis hermanos me hablan de eso*».

DISCUSIÓN

La vivencia de los colaboradores ante la aparición de la enfermedad y al momento de recibir el diagnóstico, se caracterizó por la descripción de los síntomas con un discurso cargado de tristeza; incluso podría decirse que existe un sentimiento de incapacidad, sin saber qué hacer ante la confirmación del diagnóstico. Los colaboradores expresaron un periodo de negación frente a la enfermedad, pero sobre todo al tratamiento que implicó la amputación. El dolor aparece como el detonante para que se dé inicio al tratamiento y se ubica como el punto que marca un antes y un después en lo que se refiere a la vivencia con la enfermedad. Por tanto, la exploración emocional a lo largo del proceso psicoterapéutico se puede considerar como una defensa útil para facilitar la toma de conciencia sobre la amenaza que representa la enfermedad para la vida del paciente, y que con base en el seguimiento psicoterapéutico es posible lograr un mejor apego al tratamiento.

A partir de los hallazgos de esta investigación, una recomendación con el trabajo de pacientes oncológicos radica en prestar especial atención al significado que el paciente atribuye al dolor, ya que no solo es importante el control por medio de fármacos o procedimientos clínicos, sino que la comprensión del dolor vivido corporalmente conlleva a una mejor atención desde el plano psicológico, lo que redunda en beneficio del paciente en primera instancia.

Respetar las estrategias que cada persona tiene para afrontar la pérdida de una parte de su cuerpo es algo que no está de más afirmar y proponer, a manera de ser autocríticos dentro del quehacer clínico en el ámbito de los servicios de salud que ofrecen atención a las personas que afrontan un cáncer, y en el caso específico de esta investigación, enfrentarse a las demandas y atención especializada ante el proceso de amputación. Este procedimiento quirúrgico en particular se destaca en el caso de esta investigación, en la que los colaboradores, a pesar de haber necesitado atención médica urgente al momento del diagnóstico, cada uno se tomó el tiempo que consideró necesario y pertinente para adherirse al tratamiento.

La amputación, al ser una experiencia tan única y particular, genera reacciones emocionales diferentes, como les sucedió a las personas colaboradoras del estudio. Para unos la amputación puede ser una forma de deshacerse del dolor provocado por el tumor, mientras que para otros puede significar la vía para continuar viviendo, pues la amputación significa la posibilidad de sobrevivir al cáncer. Perder una parte del cuerpo genera un cambio que implica adaptarse, aprender a vivir desde otra perspectiva en el mundo, tanto para quien la vive como para la gente que le rodea, lo cual coincide con Rogers (1988) sobre la capacidad del individuo para afrontar constructivamente todos los aspectos de la vida reconocidos por su conciencia. Por consiguiente, como parte de la atención psicológica de las personas que son amputadas, se requiere conocer la historia de la enfermedad, indagar acerca de la vivencia del dolor con la intención de que las personas construyan un sentido que les permita entender su ser-en-el-mundo, esta vez, sin una parte de su cuerpo.

Si se desconoce o no se presta la importancia debida al impacto que genera en el paciente la noticia de la amputación, puede contribuirse al abandono del tratamiento, lo que limita la posibilidad de curación y aumenta la mortalidad de estas personas. Es indispensable que el psicoterapeuta oriente sus intervenciones hacia las alteraciones o respuestas emocionales del paciente y su familia ante la amputación, para generar en ellos un mejor afrontamiento hacia el procedimiento, mediante el manejo de duelo ante la pérdida de la extremidad; no está por demás afirmar que el trabajo multidisciplinario, principalmente con el médico tratante, genera mayor beneficio en la atención para la persona que vive con cáncer.

Según la propuesta de Rogers (1988), cuando la persona enfrenta la totalidad de la experiencia, diferenciándola y simbolizándola adecuadamente, a medida que se organiza la nueva estructura del sí mismo esta se convierte en una guía más firme, más claramente definida y más estable. De esta manera, cuando las personas que se enfrentan a un sufrimiento, en este caso por el cáncer, comparten con otros pacientes su vivencia con la enfermedad, pueden ser conscientes de su propio proceso, de los cambios que han experimentado y de cómo su experiencia puede servir de enseñanza a otros. La nueva imagen de *sí mismo* que surge de estas exploraciones se vuelve cada vez más diferenciada; también existe un esbozo de proyectos que van, en el caso de los colaboradores, desde la continuación de los estudios hasta el deseo de consolidar una familia.

El indagar sobre la vivencia en torno a la enfermedad permite conocer que su impacto no solo está presente en el paciente, sino que se puede advertir que se extiende hacia el entorno familiar, de manera que todos los miembros de la familia se ven afectados por el proceso de enfermedad del joven con cáncer, por lo que las intervenciones psicológicas adquieren vital importancia. En el mismo sentido, González (2007, p. 247) sostiene que «*el diagnóstico de cáncer en el niño produce un fuerte impacto emocional en la familia, con sentimientos de incertidumbre, culpa y gran confusión*». Se puede señalar que no en todos los casos la familia debe generar un proceso de unión como estrategia para afrontar

la enfermedad; existirán núcleos familiares que de acuerdo con su dinámica particular tenderán a hacer todo lo contrario a lo esperado, y es esto lo que resulta más útil y «sano» para el tratamiento y para que el paciente evolucione satisfactoriamente.

En el caso de esta investigación, la familia aparece como la primera referencia que se tiene en el momento de afrontar la vivencia y el proceso de la enfermedad, ante el cual, tanto el paciente como su familia van tejiendo una serie de significados que se ven reflejados en la manera cómo viven la enfermedad; podría decirse que el cáncer no se vive desde la esfera de lo individual, mejor habría que decir que es una enfermedad familiar y, por lo tanto, quienes enfrentan y viven de manera más profunda y compleja todo el proceso son el paciente y las personas que lo rodean, a quienes la vivencia de la enfermedad les impacta también de manera significativa. Es pertinente considerar en todo momento que en la mayoría de los casos la familia es la principal red de apoyo para el paciente, por lo que las intervenciones psicológicas, como las del resto de los profesionales de salud, deberán contemplar la interacción con el núcleo familiar para conocer y ofrecer atención a sus necesidades y demandas específicas.

Finalmente, es pertinente recomendar al profesional de salud especial importancia al momento de realizar el informe de diagnóstico, ya que para la persona que lo recibe es un momento que revierte complejidad y que requiere una preparación puntual de los médicos tratantes. La necesidad de reflexionar sobre lo que las personas sienten y viven con relación a la enfermedad, puede ser considerada como un punto de partida de un tratamiento que pueda considerarse eficaz.

CONCLUSIONES

El cáncer tiene diversos matices. Existen varios tipos de diagnósticos y el tratamiento que debe seguirse varía de acuerdo con el cuadro clínico. En el caso del osteosarcoma, la amputación aparece como el momento en el que el paciente se replantea la dinámica de la enfermedad, crea múltiples sentidos y recurre a los recursos propios para afrontar la enfermedad y para asumirse sin una parte de su cuerpo. No se puede ser ajeno a los efectos físicos ni psicológicos que deja el proceso de amputación. Los planes de tratamiento deben incluir, además del tratamiento médico propiamente dicho, apoyo psicoterapéutico que acompañe a la persona a lo largo del tratamiento y en el momento puntual de la amputación, claro está, si la persona así lo desea, ya que hay que respetar el proceso en el que se encuentra; algunos decidirán atenderse tan pronto son informados del diagnóstico, algunos otros se atenderán cuando el dolor ya les impida continuar con sus actividades diarias y otros se sentirán presionados por las personas que tengan cerca.

Además de respetar la decisión del paciente respecto a la intervención psicoterapéutica, el profesional de salud tiene el deber ético de promover la atención psicológica, siendo consciente de que ante la confirmación del diagnóstico deviene una serie de cambios y reacciones emocionales tanto en el paciente como en la familia, que puede manifestarse mediante el miedo, la no aceptación, la incertidumbre o la resistencia al tratamiento, entre otros aspectos. Configurar un plan de tratamiento que no involucre a las personas que están dentro del núcleo familiar es prácticamente un tratamiento incompleto y con pocas expectativas de éxito y mejoría para el paciente.

REFERENCIAS

Benavente, Y., Guerra, A., & Mendoza, N. (2008). Significado de la salud-enfermedad desde la perspectiva de las adolescentes diabéticas embarazadas. Recuperado el 10 de septiembre de 2009 del sitio web de la Biblioteca Lascas: http://www.index-f.com/lascasas/documentos/Ic0381.php

Gherardi, S. & Turner, B. (2002). Real men don't collect soft data. En Huberman, A., Matthew, B., *The qualitative researcher's companion* (pp. 81-100). Thousand Oaks, CA, EUA: Sage.

Giorgi, A. (1985). *Phenomenology and psychological research.* Pittsburgh, Penn., EUA: Duquense University Press.
González, M. (2007). *El cáncer durante la infancia: experiencias y necesidades*. Disertación doctoral no publicada, Universidad de Granada, España.
Modolell, E., Sanz, J., & Casado. (2004). Las emociones en la entrevista en psicooncología. *Psicooncología*, *1*, 205-210.
Rogers, C. (1988). *Psicoterapia centrada en el cliente.* México, D.F.: Paidós.
Stake, R. (1999). *Investigación con estudio de casos*. Madrid, España: Morata.
Ulin, P., Robinson, E., & Tolley, E. (2005). *Qualitative methods: a field guide for applied research.* San Francisco, CA, EUA: Jossey-Bass.
van Manen, M. (1990). *Researching lived experience: human science for an action sensitive pedagogy*. Albany, EUA: State University of New York Press.

Recibido el 5 enero de 2012
Revisión final 28 de abril de 2012
Aceptado el 2 de mayo de 2012

JOURNAL OF BEHAVIOR, HEALTH & SOCIAL ISSUES

JBHSI

La Revista **JBHSI, Journal of Behavior, Health & Social Issues** es una publicación semestral que sirve para difundir en lengua inglesa los avances metodológicos, teóricos y de investigación empírica principalmente de científicos del comportamiento de habla hispana, entre los miembros de la comunidad científica mundial. Su versión impresa tiene el número ISSN 2007 – 0780 y el número ISSN 2007 – 0772, para su versión digital. La estructura organizacional para su publicación, descansa en la Asociación Mexicana de Comportamiento y Salud, y entre un gran número de académicos de la Universidad Nacional Autónoma de México y está abierta a todos los investigadores interesados en contribuir con el avance del conocimiento para la comprensión de los mecanismos que regulan el funcionamiento de los organismos animales y humanos, los procesos interactivos que influyen en funcionar de manera saludable, dentro de los complejos tramados de la vida social. Consulte el listado de aspectos a cuidar en la preparación de los artículos.

Instrucciones para autores

Extensión y formato. Los artículos idealmente deberán tener una extensión de 15 a 20 páginas. El dictamen editorial es de tipo doble ciego, por lo cual es indispensable que mande en hoja separada los datos de los autores, su institución, teléfonos y correo electrónicos. Al preparar el escrito revise que la configuración tenga interlineado de 1.5 líneas, letra Times Roman, tamaño 12, formato español (España, alfab. internacional) márgenes superior e inferior de 2.5 cm y márgenes izquierdo y derecho de 3 cm., sin considerar tablas, figuras y anexos. Los autores interesados podrán someter su propuesta en: http://www.journals.unam.mx/index.php/jbhsi/index, via el sistema OJS, o enviar al editor un archivo con su escrito en formato Word 2003 o superior y un archivo separado con las figuras y tablas en su caso, con el formato apropiado. Asegúrese de cumplir con todos los lineamientos antes de enviarlo, incluso las ligas DOI para sus referencias. Los artículos se aceptan en inglés o en español. Los autores al enviar su escrito automáticamente autorizan a la AMCS, A. C., a reproducir su escrito aprobado por cualquier medio que se considere apropiado para su diseminación. Los artículos JBHSI contarán a partir de Noviembre 2010, con número de identificación DOI.

Author Guidelines

Extension and Format

Manuscripts are peer reviewed with a double blind procedure, so we encourage the authors to send on separate pages author identification, affiliation, phones and emails. Ideally manuscripts should have an extension of 15 to 20 pages, double spaced. Font format and size should be Times Roman, size12. Margins top and bottom should be 2.5 cm left and right margins 3 cm, this will not be applied to figures and tables. Authors must send an electronic file in Word 2003 or higher. Figures and tables in pdf format are easier to manage. Please send your article to our web page: http://www.journals.unam.mx/index.php/jbhsi/index, using the OJS system, but we also accept submissions sent by email to the Editor. Make sure to read the author's checklist before submission. Articles are accepted in English or Spanish. Authors authorize AMCS, A. C. at the moment of submission, reproduction of their accepted paper by any mean that is considered appropriate for dissemination. Authors are responsible to provide DOI links for their references. All articles beginning November 2010 will have a DOI identification.

ASOCIACIÓN MEXICANA DE COMPORTAMIENTO Y SALUD

Editor General (*General Editor*) :
J. C Pedro Arriaga Ramírez
jcpedro@jbhsi.com

páginas web (*web pages*) :
http://www.jbhsi.com
http://www.journals.unam.mx/index.php/jbhsi

suscripciones (subscription information):
tesorera@jbhsi.com, marthaaa@jbhsi.com

Revista Latinoamericana de Medicina Conductual / *Latin American Journal of Behavioral Medicine*

La RLMC, en su forma impresa (ISSN: 2007-0799) y digital (ISSN: 2007-0810), difunde investigaciones originales de orden conceptual y empírico, sobre la forma en que el comportamiento humano impacta la salud. La revista acepta propuestas en un amplio rango de temas y orientaciones que incluyen, entre otros: estudios de Salud Pública, reportes clínicos, investigaciones empíricas sobre factores de riesgo, estudios metodológicos sobre prevención y tratamiento, descripción de procedimientos terapéuticos que involucren comportamiento, meta-análisis, intervenciones orientadas a promover la salud a nivel individual y comunitario, innovaciones tecnológicas para estudiar el impacto del comportamiento sobre el estado de salud, traducciones a sistemas simbólicos de contingencias y reflexiones conceptuales.

De acuerdo a sus características, la revista publica los escritos en diferentes secciones: artículo original de investigación empírica, artículo teórico-conceptual, artículo corto, artículo técnico y revisión de libro. Se admiten artículos escritos en español o en inglés, que serán seleccionados para su publicación semestral, mediante el escrutinio anónimo por pares especialistas, con el procedimiento doble ciego. Los autores ceden los derechos de reproducción a la Sociedad Mexicana de Medicina Conductual, A, C, (SMMC) por cualquier medio que se considere apropiado para la diseminación del conocimiento científico.

La revista se distribuye de manera gratuita a los miembros de la SMMC, los lineamientos y cuotas de afiliación se pueden consultar en el portal de la sociedad, http://www.sociedadmexicanademedicinaconductual.com.mx. Las suscripciones a la revista son de dos tipos: individual e institucional. El costo anual por suscripción individual es de $ 420 pesos ($34 US) y de $720 pesos ($58 US) para suscripciones institucionales; ambas tarifas ya incluyen gastos de envío por correo ordinal dentro del continente americano. Para envío postal de la revista fuera del continente, agregar a la suscripción anual $120 pesos ($10 US) adicionales. Solicite las instrucciones de pago al correo: suscripciones@rlmc-mex.org, o al zansax@rlmc-mex.org . Los ejemplares también se pueden adquirir en algunas librerías UNAM a un costo de $150 pesos. La versión digital es de acceso libre y puede consultarse en el portal de revistas científicas arbitradas de la UNAM: http://www.journals.unam.mx/index.php/rlmc y/o en el portal http://www.rlmc-mex.org

Actualmente la revista está indizada en Latindex y en el catálogo UNAM de revistas científicas y cuenta con número D.O.I.

Consulte la guía para autores en el portal de la UNAM.
Envíe sus escritos a cualquiera de los coeditores:
Rocío Hernández Pozo, correo: editora@rlmc-mex.org
Malaquías López Cervantes, correo: mlopez@rlmc-mex.org
o al correo: rlmc@conducta-humana.org

Instrucciones para autores del Sistema Abierto de Contribuciones Originales

La *Revista Mexicana de Investigación en Psicología* (RMIP) maneja el proceso editorial inicial por correo electrónico (editorrmip@revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com). La solicitud de revisión del manuscrito y la decisión del Editor General se llevan a cabo por este medio. Sin embargo, una vez que el manuscrito ha sido recibido por el Editor, se enviará a las/los autoras(es) una clave para registrarse en el sitio web: www.revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com Al registrarse en el sitio web serán dados de alta como autores y deberán llevar a cabo el seguimiento de su manuscrito en línea; el sistema permitirá a las/los autoras(es) recibir y contestar mensajes desde el sitio web. En caso de necesidad, los autores pueden contactar a: Dr. Pedro Solís-Cámara R., Editor General de la *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*. Laboratorio de Psicología: Investigación e Intervención. Centro Universitario de la Ciénega, Universidad de Guadalajara, Av. Universidad #1115 Col. Linda Vista. 47820 Ocotlán, Jalisco, México. Tel.: (52-392) 92-59400, ext. 48496.

Políticas de publicación. El manuscrito no debe someterse a consideración de otra revista simultáneamente. Además, se debe garantizar que sus contenidos *no han sido publicados, que son originales y que todas las personas incluidas como autoras han dado su aprobación para su publicación en la RMIP* (bajar Carta de Presentación de este sitio web). Los datos que apoyen los resultados de la investigación deberán conservarse por 5 años después de la publicación, para garantizar que otros profesionales puedan corroborar los argumentos que se sostienen en el trabajo escrito, siempre y cuando al hacerlo no se violen derechos legales o éticos.

Derechos. En el caso de que un manuscrito sea aceptado para su publicación, las/los autoras(es) autorizan a la RMIP la reproducción del manuscrito en cualquier medio y formato, físico o electrónico, incluyendo Internet; sin embargo, las/los autoras(es) podrán reproducir sus artículos con fines académicos, de divulgación o enseñanza. De surgir alguna duda al respecto, la autora o el autor debe dirigirse a la Editora Administrativa de la RMIP (ymc@revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com).

Los manuscritos publicados en la RMIP representan la opinión de sus autoras/res y no reflejan la posición del Editor General, del Consejo editorial, de los Editores Asociados, del Sistema Mexicano de Investigación en Psicología, ni del Patrocinador. Las autoras y los autores aceptan estas políticas al someter sus manuscritos.

Requerimientos particulares por tipo de manuscrito. *Contribuciones en investigación.* Se revisarán manuscritos de investigación que cumplan con rigor conceptual y metodológico; esta decisión depende de los miembros del Consejo Editorial, de dictaminadores y en última instancia, del Editor General. Se sugiere someter manuscritos con una extensión máxima de 30 páginas tamaño carta, excluidas tablas y figuras. Los manuscritos deben ser escritos a *doble espacio y con fuente estándar (Arial de 12 puntos).* La consideración de manuscritos con mayor longitud puede argumentarse en *la carta de presentación*.

Contribuciones teóricas y revisiones conceptuales. Se considerarán manuscritos que presenten de manera creativa posturas teóricas o que revisen conceptos y su estatus teórico y/o aplicado. La extensión límite es de 25 páginas, sin contar las referencias.

Informes y estudios de caso. Se invita a proponer manuscritos que puedan ser prematuros para publicar como investigación final, debido a que su metodología requiere refinamientos o el tamaño de la muestra es aún reducido. Se considerarán proyectos e informes en su fase inicial, en curso, y sus avances, *siempre y cuando contengan una sólida base conceptual.* Se publicarán también estudios de caso. La extensión límite es de 25 páginas.

Preparación de manuscritos. El contenido de los manuscritos ha de seguir el estilo de la *American Psychological Association (APA, 5ta ed., 2001),* publicado en español como Manual de Estilo de Publicaciones de la APA (2002, Editorial El Manual Moderno). Los trabajos han de ser escritos en procesador de palabras, a doble espacio (Word, 97-2003 o más reciente), fuente de 12 puntos con márgenes de 3 cms. Los manuscritos deben presentarse en idioma español y han de caracterizarse por ser concisos. A pesar de que se indica seguir el estilo *APA,* la *RMIP* tiene algunas características propias.

Por ello es necesario revisar las *Instrucciones Adicionales para Autores* y la **Guía para comprobar el cumplimiento de requisitos para envío de manuscritos,** antes de enviar el manuscrito.

La *primera página* debe contener el título del manuscrito en español e inglés, nombre de las/los autoras(es), y adscripción institucional. En la parte inferior se debe incluir el nombre del autor a quien se dirigirá cualquier correspondencia, número telefónico, correo electrónico y domicilio completo. Debe incluirse también la fecha de envío del manuscrito, ya que se publicará junto con la fecha de dictamen/correcciones y la de aceptación definitiva. Los agradecimientos, información de financiamientos o cualquier otro crédito o reconocimiento también deben insertarse al final de la primera página.

La *segunda página* debe contener un resumen en español y la *tercera* su correspondiente en inglés (*abstract*); ambos resúmenes han de tener una extensión máxima de 150 palabras, incluyendo de cuatro a seis palabras claves, o *keywords* en el *abstract*.

Revisión del manuscrito. Toda la información que permita identificar a los autores debe eliminarse del texto porque los *manuscritos son enviados a revisión ciega por pares*; por lo tanto, la *cuarta página* debe incluir el título del manuscrito sin nombres de autores(as). Cualquier manuscrito podrá ser editado, por ejemplo, si presenta indicios de quiénes son los autores, o prejuicio de género en el lenguaje.

Pies de página. No se aceptan pies de página.

Estilo. Todos los manuscritos aceptados son enviados a corrección de estilo.

Resultados reportados. Se ha de proveer información de la magnitud de los efectos (e.g., beta, efectos del tamaño y grados de libertad), así como de la probabilidad de todos los resultados significativos (e.g., $p < .05$); los resultados no significativos se deben indicar con siglas (NS).

Tablas y figuras. Las tablas y figuras, acompañadas de su respectiva leyenda, deben ser completamente comprensibles de manera independiente del texto. Cada tabla y figura debe ser numerada con números arábigos secuencialmente y han de incluirse intercaladas en el texto, no al final de las referencias. Las tablas deben seguir estrictamente el formato APA.

Referencias. Las referencias se deben incluir en hoja aparte y al finalizar el texto.

Permisos. Debe anexarse cualquier carta que otorgue el permiso para reproducir figuras, imágenes o párrafos extensos tomados de otras fuentes.

Correcciones. Se espera que las correcciones solicitadas se regresen al Editor General en el tiempo señalado en la carta de dictamen. Las/los autoras(es) son responsables de cubrir los gastos ocasionados por cambios o correcciones adicionales a los solicitados en el manuscrito original y que no sean debidos a errores de la RMIP. El Editor General puede cancelar tales cargos, en algunos casos.

Separatas. Los/las autores(as) de manuscritos no reciben separatas o sobretiros, ya que la revista es de acceso libre. Sin embargo, si desean un ejemplar impreso de la revista, por ejemplo del número donde se publicó su manuscrito, deben realizar el procedimiento indicado en la sección de *Suscripciones* de este sitio web.

Carta de presentación. En ella se ha de indicar que todas y/o todos los autores han contribuido de manera significativa al manuscrito, que están de acuerdo con su posible publicación en la RMIP y debe ir *firmada*. Es necesario que en la carta se indique de manera explícita la adherencia del autor al código ético de investigación en psicología. También debe señalarse a qué sección, de las tres disponibles en la RMIP, se dirige el manuscrito y dar testimonio de que no se ha sometido de manera simultánea a otra revista o libro. Las autoras o autores pueden sugerir revisoras(es) de su trabajo, al igual que señalar a quiénes no se debería enviar por conflicto de intereses. Esta información se utilizará a discreción de los editores. La carta debe incluir nombre completo, grado de estudios, adscripción, domicilio y correo electrónico de las personas sugeridas para la revisión.

Envío de manuscritos. El manuscrito debe enviarse como archivo adjunto; la carta de presentación puede mandarse como

el texto del mensaje o como archivo adjunto. Ambos se enviarán vía electrónica a: Dr. Pedro Solís-Cámara R., al correo electrónico: editorrmip@revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com Si hubiera dificultades para el envío o con la página web, por favor enviar un mensaje a Mtra. Yolanda Medina, Editora Administrativa de la RMIP: (ymc@revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com). En caso necesario, puede comunicarse al teléfono: (52-392) 925-9400, Ext. 48496. Los autores o autoras deben conservar una copia del manuscrito sometido, en caso de que éste sufra algún daño al enviarlo a la RMIP.

Calendario de envíos y fechas de publicación. Se reciben manuscritos a lo largo de todo el año. Sin embargo, no se garantiza que los manuscritos recibidos entre los meses de febrero y mayo de cada año (de ser dictaminados favorablemente), puedan publicarse en el mes de junio del año en curso. Los manuscritos sometidos para el *Sistema de Contribuciones Originales* se publican exclusivamente en el mes de junio de cada año. Las Monografías recibidas por propuesta libre o por invitación se publican también en ese mes.

Aclaración importante. Los manuscritos recibidos serán revisados por cumplimiento de los **requerimientos de formato y de la carta de presentación.** De no cumplir con estos requisitos, el manuscrito serán regresado a las/los autoras(es) vía los Editores Asociados para su corrección de acuerdo con la **Guía para comprobar el cumplimiento de requisitos para envío de manuscritos.**

Instrucciones para Autores del Sistema de Comentarios Abiertos por Colegas

Artículos-Objetivo. La *Revista Mexicana de Investigación en Psicología* (RMIP) invitará a colegas a publicar manuscritos para ser comentados (artículo-objetivo), pero también considera auto propuestas, siempre que cumplan con rigor conceptual y metodológico, redacción clara y sigan el formato APA. No se aceptan propuestas que hayan sido publicadas, aun parcialmente, en otras revistas o libros; al enviar un manuscrito, el/la autor(a) acepta implícitamente esta restricción.

Se considera un artículo-objetivo todo manuscrito:

•De investigación empírica cuyo autor juzgue que requiere de una amplia discusión, por sus alcances conceptuales y/o metodológicos.

• Que represente una propuesta teórica significativa, o que sistematice el conocimiento o modelos preexistentes.

• Que realice una síntesis crítica o una interpretación de otras aportaciones teóricas o experimentales, incluyendo aquellas dirigidas exclusivamente a métodos, técnicas y estrategias.

• Que contradice aspectos que se consideran ya bien fundamentados en la teoría o investigación actuales.

• Que tiene importantes consecuencias transdisciplinarias.

Edición. Toda la terminología debe ser definida o aclarada para asegurar la comunicación entre autores(as), comentaristas y lectores(as). Nos reservamos el derecho de editar los manuscritos, pero las/los autoras(es) de un artículo-objetivo aprobado recibirán el manuscrito editado previo a su publicación para ser revisado. Tal revisión debe realizarse en un período no mayor a tres días.

Estilo y formato de Artículos-Objetivo

• El contenido de los manuscritos ha de seguir el estilo de la *American Psychological Association (APA, 5ta ed., 2001),* publicado en español como Manual de Estilo de Publicaciones de la APA (2002, Editorial El Manual Moderno). Antes de enviar un manuscrito, se recomienda revisar las *Instrucciones Adicionales para Autores.*

• Las figuras pueden enviarse en formato EPS, GIF, JPEG o TIFF.

• Las tablas y figuras deben aparecer ubicadas en el lugar específico que el/la autor(a) lo considere conveniente, con su respectiva nota o leyenda.

• El manuscrito no excederá 30 páginas tamaño carta.

• El manuscrito debe incluir también el siguiente formato y en el orden que se señala:

Primera página. Título del artículo-objetivo en español y en inglés, y un título para indexar. No incluir nombres de autores(as).

Segunda página. Para cada autor(a), nombre completo, adscripción institucional, correo electrónico, página web propia (si la tiene). Los agradecimientos, información de financiamientos o cualquier otro crédito o reconocimiento deben insertarse al final la página.

Tercera y cuarta páginas. Resumen y *abstract*, con cinco palabras clave o *keywords*, respectivamente. Se requiere que la extensión sea de 300 palabras por resumen porque éste será enviado a revisión, previo a la aceptación del manuscrito, y a comentaristas potenciales una vez aceptado para publicación.

Quinta página en adelante. Título del artículo-objetivo y contenido o desarrollo del artículo. El texto debe incluir encabezados. Posteriormente, se deberán numerar los encabezados. Esto para facilitar la referencia a secciones del texto que sean discutidas por las/los comentaristas e identificar a qué sección se refieren los argumentos o comentarios.

Referencias. Se recomienda no incluir pies de página, pero si son indispensables, se sugiere reducirlos al mínimo, numerarlos de manera consecutiva en el texto e insertarlos al final, antes de las referencias, como notas numeradas. Los anexos, en caso de ser necesarios, deben agruparse y colocarse en u a página después de las referencias.

Carta de propuesta. El artículo-objetivo debe enviarse como archivo adjunto en Word (97-2003, o versión más reciente) al correo electrónico: editorrmip@revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com Además, las/los autoras(es) deben incluir, al finalizar su carta de propuesta del artículo-objetivo, sus argumentos para solicitar que el artículo en cuestión sea revisado como artículo-objetivo y también han de incluir la sugerencia de posibles comentaristas, indicando nombres y correos electrónicos. Una segunda opción es anexar un archivo sustentando sus argumentos (Word, 1000 palabras máx.).

Proceso editorial. Los artículos-objetivo serán enviados sólo a dictaminadores(as) del manuscrito. Una vez que el proceso para dictaminar, corregir y aceptar haya terminado, el artículo-objetivo será accesible a potenciales comentaristas. De manera atenta, queremos resaltar que el calendario para coordinar la revisión de los artículos-objetivo, los comentarios y la respuesta de las/los autoras(es) es un proceso complejo y requiere que los artículos sean cuidadosamente revisados por las o los autores antes de su envío.

Instrucciones específicas para autores (as) de Artículos-Comentario

La *Revista Mexicana de Investigación en Psicología* invita a colegas a comentar artículos-objetivo. Los artículos-comentario se aceptarán exclusivamente por invitación.

Estilo y formato de Artículos-Comentario

• El contenido de los manuscritos ha de seguir el estilo de la *American Psychological Association (APA, 5ta ed., 2001),* publicado en español como Manual de Estilo de Publicaciones de la APA (2002, Editorial El Manual Moderno). Antes de enviar un manuscrito, se recomienda revisar las *Instrucciones Adicionales para Autores.*
• Las figuras pueden enviarse en formato EPS, GIF, JPEG, o TIFF.
• Las tablas y figuras deben aparecer ubicadas en el lugar específico que el autor lo considere conveniente, con su respectiva nota o leyenda.
• El manuscrito no ha de exceder 10 páginas tamaño carta, sin incluir referencias. El artículo-comentario debe incluir también el siguiente formato y en el orden que se señala:

Primera página. En el extremo superior izquierdo, incluir el nombre de cada autor del *artículo-objetivo* (no se requieremayor informació n que los nombres). A continuación, centrar el título del *artículo-comentario, en español y en inglés.* Este título debe reflejar la característica distintiva del argumento esgrimido en el texto. En la parte inferior izquierda, agregar un título breve adecuado para los sistemas de indexación.

Segunda página. Para *cada* autor(a), nombre completo, adscripción institucional, correo electrónico, página web propia (si la tiene).

Tercera página. Debe contener un resumen y un *abstract*, con cinco palabras claves o *keywords*, respectivamente. La extensión máxima aceptada es de 100 palabras por resumen.

Cuarta página en adelante. Título del artículo-comentario y contenido.

Referencias. Igual que en las instrucciones anteriores.

Proceso editorial

• El artículo-comentario debe enviarse como archivo adjunto (Word versión 97-2003 o más reciente), al correo electrónico: editorrmip@revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com. Esperamos recibir los comentarios un mes después de aceptada la invitación.
• El autor o autora del artículo-objetivo no podrá alterar el documento enviado una vez iniciado el proceso de comentarios, sólo podrá contestar los comentarios en su respuesta.
• Se espera que las/los comentaristas ofrezcan una perspectiva crítica, fundamentada, alejada de énfasis personal y de minusvalía a las autoras o autores.
• Se espera también que las/los comentaristas presenten todo el material pertinente para sustentar sus argumentos; esto incluye datos, tablas y figuras, de ser necesarios. Nos reservamos el derecho de editar el contenido de un manuscrito o rechazarlo, en caso tal de que se repita contenido del artículo objetivo o haya redundancia.
• Se acepta que el estilo de todos los artículos sometidos a la RMIP pueda ser editado. Sin embargo, cuando un artículo-comentario sufre correcciones importantes, se envía una copia editada a las/los comentaristas de dicho manuscrito. Los artículos-comentario pueden ser objeto de arbitraje y no se garantiza su publicación.
• Si la revisión editorial acepta un artículo-comentario, éste se publicará con el artículo-objetivo, y con la respuesta de las autoras o autores del artículo-objetivo; si se solicitan correcciones, éstas deberán recibirse en tiempo y forma para garantizar su publicación.

Instrucciones específicas para la Respuesta de autores (as) a Artículos–Comentario

• El contenido de los manuscritos ha de seguir el estilo de la *American Psychological Association (APA, 5ta ed., 2001),* publicado en español como Manual de Estilo de Publicaciones de la APA (2002, Editorial El Manual Moderno). Antes de enviar un manuscrito, se recomienda revisar las *Instrucciones Adicionales para Autores*.
• Las figuras pueden enviarse en formato EPS, GIF, JPEG, o TIFF.
• Las tablas y figuras deben aparecer ubicadas en el lugar específico que el autor lo considere conveniente, con su respectiva nota o leyenda.
• La Respuesta no debe exceder la extensión del artículo-objetivo.
• La Respuesta debe incluir también el siguiente formato y en el orden que se señala:

Primera página. Título del artículo-respuesta en español y en inglés, y un título para indexar. Nombre de autor(a).

Segunda página. Debe contener un resumen y un *abstract*, con cinco palabras claves o *keywords*, respectivamente. La extensión máxima aceptada es de 100 palabras por resumen.

Tercera página en adelante. Título del artículo-respuesta y contenido o desarrollo del tema.

Referencias. Igual que en las instrucciones anteriores.

Proceso editorial
• El tiempo establecido para la recepción de la *Respuesta* a los comentarios es de un mes después de ser enviados todos los artículos-comentario a las(los) autoras(es).
• Todos los comentarios a un artículo-objetivo podrán ser revisados por autores(as), por el Consejo Editorial y por el Editor General. Ningún comentario será publicado sin esta revisión.
• Se recomienda a autores(as) de artículos-objetivo esperar el cumplimiento del mes límite para recepción de artículos-comentario, antes de editar de manera definitiva su *respuesta*. Esto porque el último día podría recibirse un comentario que

podría alterar la perspectiva de su *respuesta*.
• Se invita a que las(los) autoras(es) de un artículo-respuesta señalen al Editor General las razones por las cuales cierto artículo-comentario no debiera aceptarse. Sin embargo, la decisión final la tomará el Editor General.
• Una última sugerencia para autores(as) de un artículo-respuesta es en referencia al fin primordial del intercambio académico. Se trata de responder a las diferentes perspectivas y críticas a la propuesta hecha en el artículo-objetivo, pero idealmente de una manera integrada en cuanto a lo común que puedan tener algunos comentarios. Sin embargo, es importante también mencionar en su artículo-respuesta a cada uno de los artículos-comentario, por lo menos una sola ocasión y aunque parezca trivial el contenido de alguno de ellos.

En caso de necesidad, los autores pueden contactar a: Dr. Pedro Solís-Cámara R., Editor General, *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*. Laboratorio de Psicología: Investigación e Intervención. Centro Universitario de la Ciénega, Universidad de Guadalajara, Av. Universidad #1115 Col. Linda Vista. 47820. Ocotlán, Jalisco, México. Tel.: (52-392) 92-59400, ext. 48496. Correo electrónico: editorrmip@revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com

Instrucciones Adicionales para Autores

Tablas y figuras

Todas las tablas, gráficas y figuras deben tener un título que permita su comprensión sin tener que leer el texto. Es preferible que los títulos de las tablas y figuras no lleven abreviaturas, y de utilizarse (al igual que en el resto de la tabla), deben desarrollarse en el pie. Las llamadas que se utilizan para las notas al pie de la tabla han de presentarse con un asterisco (si sólo hay una llamada) y con números en superíndice ($^{1, 2, 3}$…) si es que hay más de una.

Es preferible que los resultados numéricos derivados (como los porcentajes) se acompañen de sus respectivos números absolutos. En el caso de que se requiera reportar decimales, debe redondearse a un decimal (e.g., $M = 12.6$, y no $M = 12.576$).

Las figuras son gráficas, diagramas, fotografías, etc., es decir, cualquier elemento que requiera de un trabajo añadido a la composición tipográfica. Los diagramas y fotografías entregados deben contar con una calidad que permita una impresión profesional. De preferencia, deben entregarse en formato digital (EPS, TIFF o JPG) con una resolución mínima de 300 puntos por pulgada (dpi) y mínimo 10 cm en su lado más corto. En caso de que se cuente con el archivo original de la figura (en programas como Ilustrador, InDesign, Corel, etc.), es necesario enviarlo con las correcciones que se soliciten, por si hay que hacer cambios en el tipo de letra o alguna otra modificación. En caso de que sólo se cuente con el original físico de la figura (fotografía en papel, diapositiva), éste debe ser de alta calidad y totalmente legible si se llegara a reproducir a un tamaño de 4 por 7 pulgadas.

En cuanto a las gráficas, éstas deben ser elaboradas en Excel y se deben incluir los archivos de Excel originales para poder unificarlas con el resto de gráficas de la publicación.

Referencias:

Forma de citar en el texto principal del trabajo

El estilo requiere citar el apellido del autor, la fecha de publicación y la página citada entre paréntesis cuando se trata de una cita literal, como se muestra a continuación:

- Williams (1995, p. 45) sostuvo que "al comparar los desórdenes de la personalidad se debe tener en cuenta la edad del paciente".

O bien:

- Un autor sostuvo que "al comparar los desórdenes de la personalidad se debe tener en cuenta la edad del paciente" (Williams, 1995, p. 45).

Cuando la cita es indirecta (es decir, que se menciona la idea del autor, pero no se cita textualmente), no se coloca la página de la referencia. Se hace de la siguiente manera:

- Es oportuno considerar la edad de los pacientes al estudiar los desórdenes de la personalidad (Williams, 1995).

Cuando un autor tiene más de una publicación en el mismo año, se acompaña el año de la publicación con una letra minúscula. (Incluya paginación si es cita textual). Por ejemplo:

- En dos estudios recientes (Harding, 1986a, p.80; 1986b, p. 138) se sugirió que...

Para citar a varios autores (hasta cinco) se escriben los apellidos de todos los autores la primera vez que se les cite en el trabajo y en las citas posteriores se utiliza la expresión et al. [y otros], escrita sin cursivas y con un punto después de "al.".

Por ejemplo: la primera vez sería:

- (Moore, Estrich, McGillis, & Spelman, 1984)

y las referencias subsecuentes se utiliza et al como en el ejemplo a continuación:

- (Moore et al., 1984)

Pero en el texto sería como en el ejemplo a continuación:

- Moore y colegas (1984), argumentaron que…

Cuando es necesario hacer referencia a una fuente cuyo autor no ha podido identificar con precisión, se citan las primeras dos o tres palabras del título, seguidas por el año. Por ejemplo:

- ... en una reciente publicación (Enciclopedia de la Psicología, 1991, p. 62)...
- ... en el siguiente artículo ("Diferencias individuales," 1993, p. 12)...

Este ejemplo es útil para las direcciones electrónicas donde no se ha podido identificar ningún autor. Sin embargo, si el autor es "anónimo", se cita la palabra anónimo en su texto, por ejemplo:

- (anónimo, 1993, p. 116)

Si se requiere citar una investigación que se encontró en otro trabajo, es posible hacerlo de las siguientes maneras, que incluyen paginación por ser citas textuales:

- Smith (1970, p. 27) cita a Brown (1967) quien descubrió que "..."
- Brown (1967), citado por Smith (1970, p. 27), descubrió que "..."
- Se encontró (Brown, 1967, citado por Smith, 1970, p. 27) que "..."

Si se requiere citar textualmente:
- Smith (2005, p. 304) menciona en su investigación que "El pensamiento positivo es un fin."

Forma de presentar la bibliografía al final del trabajo

El listado de referencias debe ordenarse alfabéticamente por el apellido del autor. El formato APA requiere que los títulos de libros, revistas, enciclopedias, diarios, etc. sean destacados utilizando tipografía itálica (cursiva).

La lista de referencias bibliográficas se presentan de la siguiente manera:

Autor, iniciales. (año). *Título del libro*. Ciudad y país de la publicación: Editor.

Ejemplos:

American Psychological Association. (1994). *Manual de publicación de la American Psychological Association* (4to ed.). Washington, EUA: Autor.

Enciclopedia de Sicología. (1976). Londres, Gran Bretaña: Routledge.

Gardner, H. (1973). *Las artes y el desarrollo humano.* Nueva York, EUA: Wiley.

Moore, M. H., Estrich, S., McGillis, D., & Spelman, W. (1984). *Delincuentes peligrosos: el blanco escurridizo de la justicia.* Cambridge, EUA: Harvard University Press.

Strunk, W. & Blanco, E. B. (1979). *Los elementos del estilo* (3ra ed.). Nueva York, EUA: Macmillan.

Importante: Se deben citar todos los autores de una misma publicación, sin importar el número de ellos.

Formas de citar distintos tipos de fuentes bibliográficas

Libros cuyo autor es un editor:
Maher, B. A. (Ed.). (1964-1972). *Progreso en la investigación experimental de la personalidad* (6 vols.). Nueva York, EUA: Prensa Académica.

Capítulo de un libro:
Vygotsky, S. & Del, L. (1991). *Génesis de las funciones mentales más altas*. En P. Light, S. Sheldon, & M. Woodhead (Eds.), Aprendiendo a pensar (pp. 32-41). Londres, Gran Bretaña: Routledge.

Enciclopedias:
Lijphart, A. (1995). "Sistemas electorales". En *La Enciclopedia de la Democracia* (vol. 2, pp. 412-422). Londres, Gran Bretaña: Routledge.

Si la cita no tiene ningún autor específico, se comienza la referencia con el título de la cita seguido de la fecha de la publicación.

Publicaciones oficiales de algún gobierno:
Gran Bretaña. Ministerio del Interior. (1994). *Política de las prisiones para Inglaterra y el País de Gales.* (No. de publicación XDFG 20-1234). Londres, Gran Bretaña: HMSO.

Informes (reports):
Birney, A. J. & Pasillo, M. Del M. (1981). *Identificación temprana de niños con dificultades para escribir una lengua* (Informe No. 81-502). Washington, EUA: Asociación Educativa Nacional.

Actas de congresos:
Borgman, C. L., Bower, J., & Krieger, D. (1989). *From hands-on science to hands-on information retrieval*. En J. Katzer & G. B. Newby, (Eds.), Procedimientos de la 52ava reunión anual de ASIS: Vol. 26. Información del manejo y tecnología (pp. 96-100). Medford, NJ, EUA: Información docta.

Artículos de Revistas Científicas (journals). Cuando tiene más de seis autores, se escribe et al. a partir del séptimo:
Noguchi, T., Kitawaki, J., Tamura, T., Kim, T., Kanno, H., Yamamoto, T. et al. (1993). La conexión entre la actividad de aromatase y la del portador del esteroide nivelador en tumores ováricos de mujeres post-menopáusicas. *Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology, 44*(4-6), 657-660.

Popper, E., Del S., & McCloskey, K. (1993). Diferencias individuales y subgrupos dentro de una población: un acercamiento a la canasta familiar. *Aviation Space and Environmental Medicine, 64*(1), 74-77.

Artículo de una publicación semanal:
Barrett, L. (2001, 23 de agosto). *Gestión para la supervivencia de Daewoo en el Reino Unido*. En Marketing Week, 22-23.

Artículos de periódico:
Conexiones entre la cafeína y las enfermedades mentales. (1991, 13 de julio). *New York Times,* pp. B13, B15.

Young, H. (1996, 25 de julio). La Batalla entre serpientes y escaleras. *The Guardian,* p. 15.

Dos o más publicaciones del(los) mismo(s) autor(es) con la misma fecha de publicación.
Cuando un autor (o un grupo de autores) tiene(n) más de un trabajo dentro de un mismo año, se enumeran de acuerdo con el título y se indica la fecha con una letra minúscula a, b, c...

Por ejemplo:

- Harding, S. (1986a). La inestabilidad de las categorías analíticas de la teoría feminista. *Signos, 11*(4), 645-664.

- Harding, S. (1986b). *La pregunta científica del feminismo.* Ithaca, EUA: Cornell University Press.

Cuando se cita otra obra del mismo autor dentro del mismo texto, también se utilizan estas letras en la referencia dentro del texto.

Trabajos anónimos:
Si una investigación es "anónima", su referencia debe comenzar con la palabra anónimo, seguido por la fecha, etc., tal y como se viene indicando desde un principio. Si no se consigue identificar con certeza que el texto es anónimo, se ubica el título en el lugar que se colocaría comúnmente el nombre del autor.

Entrevistas:
Debido a que el material de una entrevista o una comunicación personal no se puede reproducir para quien lee un trabajo de investigación, no es obligatorio que se cite en la bibliografía final. Sin embargo, sería muy conveniente hacer una referencia a la entrevista dentro del cuerpo principal del trabajo, a manera de comunicación personal:

- ... y este punto fue concedido (J. Bloggs, entrevista personal, 22 de agosto, 2001).
- ... y este punto fue concedido (J. Bloggs, comunicación personal, 22 de agosto, 2001).

Fuentes electrónicas:
El patrón básico para una referencia electrónica es:

Autor, inicial(es) de su nombre (año). Título. Mes, día, año, dirección en Internet.

- Bancos, I. (s.f.). Los NHS marcan la pauta del cuidado de la salud. Recuperado el 29 de agosto de 2001, de http://www.healthcareguide.nhsdirect.nhs.uk/

• Si no consigue identificar la fecha en que el documento fue publicado, se utiliza la abreviatura s.f. (sin fecha).
• Si no consigue identificar al autor, se empieza su referencia con el título del documento.
• Si el documento se ubica dentro de una página institucional, como la de alguna universidad o departamento gubernamental, primero se cita el nombre de la organización o del departamento en cuestión, antes de dar la dirección electrónica:

- Alexander, J. & Tate, M. A. (2001). Evaluando las Fuentes Electrónicas. Consultado el 21 de agosto de 2001, Widener University, página web conmemorativa de la biblioteca Wolfgram: http://www2.widener.edu/Wolfgram-Memorial-Library/webevaluation/webeval.htm

- Decidiendo su futuro. (2000). Consultado el 5 de septiembre de 2001, Portsmouth University, página web de Servicios Profesionales: http://www.port.ac.uk/departments/careers/plancareer/deciding-your-future.htm

Artículos electrónicos de revistas científicas que a su vez son reproducción de la versión impresa:

Emplee el mismo formato de referencia que utiliza para un artículo de revista científica impresa y agregue "versión electrónica" entre corchetes, después del título del artículo:

- Lussier, R. N. & Pfeifer, S. (2001). Un modelo transnacional para predecir el éxito en los negocios [versión electrónica], *Journal of Common Market Studies, 39*(3), 228-239.

Si tiene que citar un artículo electrónico cuya versión es diferente de la versión impresa, o incluye datos o comentarios adicionales, debe agregarse la fecha en que se consultó el documento en la web y su respectiva dirección (URL). Ejemplo:
- Carly, P. (2001). La facilitación psicológica [versión electrónica], *Psychology Journal, 5*(3), 134-145. Recuperado el 20 de agosto de 2002, de http://www.psychjournal.com/journal/21art.htm

Artículos de revistas científicas que sólo se publican en la web:
- Korda, L. (2001, 15 de julio). La fabricación de un traductor. *Translation Journal, 5*(3). Artículo 0023. Recuperado el 21 de agosto de 2001, de http://accurapid.com/journal/17prof.htm

• Utilice la fecha completa de publicación que figura en el artículo.
• Cerciórese de que no tenga paginación.
• Siempre que sea posible, procure que la dirección electrónica que cite (URL) remita directamente al artículo.
• Evite citar una dirección electrónica en dos líneas y cuidar que el enlace (URL) no se corte después de un guión o antes de un punto. No deben insertarse guiones en el enlace cuando esto ocurra.

CARTA DE PRESENTACIÓN
(para autores)

(Lugar y fecha)
Revista Mexicana de Investigación en Psicología (RMIP)
Presente

Sometemos a consideración de la RMIP, el manuscrito (agregar título):

Se trata de un estudio realizado con apego a las normas éticas y formato estipulados por la APA. Declaramos, las/los autoras(es), que el manuscrito no ha sido publicado, que es original y que la autoría del mismo corresponde a la o las persona(s) incluidas, quienes han dado su aprobación para su publicación en la RMIP; y que los datos que apoyen los resultados de la investigación se conservarán por 5 años después de la publicación, para garantizar que otros profesionales puedan corroborar los argumentos que se sostienen en el trabajo escrito, siempre y cuando al hacerlo no se violen derechos legales o éticos. Además, en el caso de que el manuscrito sea aceptado para su publicación, autorizan a la RMIP la reproducción del manuscrito en cualquier medio y formato, físico o electrónico, incluyendo Internet; sin embargo, las/los autoras(es) podrán reproducir sus artículos con fines académicos, de divulgación o enseñanza.

Atentamente

_____

(nombre[s] y firma[s])

Guía para comprobar el cumplimiento de requisitos para envío de manuscritos

Checklist for manuscript submission

Todo el manuscrito está alineado a la izquierda, no justificado, y con márgenes de 3 cm.

sí( ) no( ) no aplica( )

Los encabezados centrados, sin negritas y con primera letra mayúscula.

sí( ) no( ) no aplica( )

El primer encabezado del texto es el de Introducción.

sí( ) no( ) no aplica( )

Los sub-encabezados o escalados de título no numerados, en el margen izquierdo con primera letra mayúscula y en cursivas.

sí( ) no( ) no aplica( )

Todo el texto está a doble espacio, incluyendo tablas y referencias.

sí( ) no( ) no aplica( )

Sin sangrías.

sí( ) no( ) no aplica( )

No se dejan más de dos espacios a lo largo de todo el texto, ya sea entre párrafos, encabezados, o sub encabezados.

sí( ) no( ) no aplica( )

No se deja más de un espacio entre palabras.

sí( ) no( ) no aplica( )

Todos los símbolos estadísticos están en cursivas (por ejemplo: F).

sí( ) no( ) no aplica( )

Si se incluyen paréntesis dentro de otros, entonces se usan corchetas, no paréntesis; por ejemplo, (. . .este autor los denominó diferente en sus primeros trabajos [Ramírez, 1970 y 1978] y más adelante los modificó [Ramírez, 1990]).

sí( ) no( ) no aplica( )

Se utilizan paréntesis para fórmulas estadísticas.

sí( ) no( ) no aplica( )

Las tablas están hechas en Word, y al escribir los datos no se utilizó tabulador. Además, se quitó el sombreado de las rayas para las columnas y las filas. Las tablas no son cuadros insertados de otros programas.

sí( ) no( ) no aplica( )

Todas las citas con dos autores van completas siempre, aunque se repitan a lo largo del texto. Cuando son más autores, las citas subsecuentes a la primera deben citarse en el texto como, por ejemplo: Beristain y colegas (2010). Sí la cita va en paréntesis, debe citarse como el siguiente ejemplo (Beristain et al., 2010).

sí( ) no( ) no aplica( )

Todas las citas y referencias incluyen el símbolo "&" en lugar de "y". Pero cuando las citas forman parte del texto utilizan "y".

sí( ) no( ) no aplica( )

Las citas con más de dos autores llevan una coma antes del símbolo "&", cuando van en paréntesis, únicamente.

sí( ) no( ) no aplica( )

Las referencias con más de dos autores y/o editores llevan una coma antes del símbolo "&".

sí( ) no( ) no aplica( )

Todas las referencias citadas en el texto se incluyen en la lista de referencias y viceversa.

sí( ) no( ) no aplica( )

Se tienen los archivos directos de Excel con las gráficas del manuscrito, que al ser aceptado se enviarán.

sí( ) no( ) no aplica( )

Se incluye carta de presentación firmada por todos los autores.

sí( ) no( ) no aplica( )

Se tienen las figuras o fotografías originales; que al ser aceptado el manuscrito, se enviarán.

sí( ) no( ) no aplica( )

Inclusión en Bases de Datos:

La Revista Mexicana de Investigación en Psicología se ha incluido en Pserinfo (Servicio Electrónico de Información Psicológica-ISSN: 1794-2497) a partir de noviembre de 2009 (Pserinfo No. 122).

DOAJ DIRECTORY OF OPEN ACCESS JOURNALS

Revista Mexicana de Investigación en Psicología

ISSN: 20070926
Subject: Psychology
Publisher: Universidad de Guadalajara
Country: Mexico
Language: Spanish
Keywords: psychology
Start year: 2009
Publication fee: No Further Information

Auspiciada por el Centro Universitario de la Ciénega
Universidad de Guadalajara