

MODELOS TEÓRICOS Y TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD

Compiladoras

Fuensanta López Rosales

Raquel A. Benavides Torres

Revisores

Gerardo Velazco Castañón

*Centro de Investigación y Desarrollo en Ciencias de la Salud (CIDICS),
Universidad Autónoma de Nuevo León.*

Martha Ofelia Valle Solis

Fac. de Enfermería, Universidad Autónoma de Nayarit.

Erick Landeros-Olvera

Facultade Enfermería, Universidad Benemérita Autónoma de Puebla.

Oscar Ochoa González

*Departamento de Comunicación y Periodismo, Instituto Tecnológico y de Estudios
Superiores de Monterrey. Facultad de Ciencias Politicas Universidad Autónoma de Nuevo
León.*

ÍNDICE

Sección I.- Evaluación en Psicología de la Salud	7
Capítulo I.- Evaluación en Psicología de la Salud: Autoeficacia, Control de Peso y Actividad Física	9
Rebeca Ma. Elena Guzmán Saldaña	
Melissa García Meraz	
Arturo Del Castillo Arreola	
Gloria Solano Solano	
<i>Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo</i>	
Capítulo II.- Fenomenología como Aproximación Cualitativa al Estudio de las Enfermedades Crónicas	30
Dora Julia Onofre-Rodríguez	
Martha Leticia Cabello-Garza	
Raquel Alicia Benavides-Torres	
<i>Universidad Autónoma de Nuevo León</i>	
Capítulo III.- Psicología Constructivista: Evaluación e Intervención	55
Gloria Margarita Gurrola Peña	
Patricia Balcázar Nava	
José Antonio Virseda Heras	
Alejandra Moysén Chimal	
Juana Ma. Esteban Valdés	
Julieta Garay López	

Universidad Autónoma del Estado de México

Capítulo IV.- Modelo de Conducta Sexual en Hombres que Tienen Sexo con Hombres: Teoría de Rango Medio Modificada.	77
---	----

Carolina Valdez Monter

Dora Julia Onofre Rodríguez

Universidad Autónoma de Nuevo León

Lubia Castillo Arcos

Universidad Autónoma del Carmen

Fuensanta López Rosales

José Moral de la Rubia

Raquel Alicia Benavides Torres

Universidad Autónoma de Nuevo León

Sección II.- Intervención y Modelos de Predicción en Trastornos de Ansiedad	112
--	-----

Capítulo V.- Efectos de la Musicoterapia en Niños con Ansiedad por Duelo: El Aprendizaje Interpersonal como Instrumento para la Intervención en Psicología Clínica.	114
---	-----

Karla Lizeth Gómez Gurany

Oscar Armando Esparza Del Villar

Juan Quiñones Soto

Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

Capítulo VI.- Fuentes, Síntomas y Estrategias de Afrontamiento al Estrés en Universitarios de México y Argentina.	136
---	-----

Cristina González

Universidad de Colima, México

Sara Lidia Pérez Ruvalcaba

Paula Irueste

Aleida Martínez Pedraza
 Iván Ulianov Jiménez Macías
Universidad Nacional de Córdoba, Argentina

Capítulo VII.- Trastornos de Ansiedad en Adultos: Una Propuesta de Práctica Clínica Basada en la Evidencia (PCBE)	147
--	-----

Luz Adriana Orozco Ramírez
 José Luis Ybarra Sagarduy
 Yuridia Araceli Ahumada Álvarez
 Katia Lorena Kaun Avalos
 Alinne Cristina Vargas Olmedo
 Gizela Denisse Wong Medina
Universidad Autónoma de Tamaulipas

Capítulo VIII.- Consistencia Interna y Estructura Factorial de un Cuestionario de Violencia Sufrida y Ejercida en la Pareja	186
--	-----

José Moral de la Rubia
Universidad Autónoma de Nuevo León
 Sandra Ramos Basurto
Universidad Autónoma de Zacatecas

Sección III.- Diseños de Intervención Bio-Psico-Socio- Educativas	226
--	-----

Capítulo IX.- Modelo de Comunicación Sexual en Padres de Adolescentes de Comunidades Marginadas del Área Metropolitana de Monterrey Nuevo León	228
--	-----

Armando Miranda de la Cruz
 Raquel Benavides Torres
 Aracely Márquez Vega
 Esther Carlota Gallegos Cabriales
 Dora Julia Onofre Rodríguez

Universidad Autónoma de Nuevo León

Capítulo X.- Diseño de la Intervención por Internet “Conéctate: Un Programa Sobre Sexualidad Responsable en Jóvenes”	249
--	-----

Lubia Castillo-Arcos

Universidad Autónoma del Carmen

María Antonieta Olvera-Blanco

Fuensanta López-Rosales

Raquel Benavides-Torres

Universidad Autónoma de Nuevo León

Capítulo XI.- Comunicación Sexual de Padres a Hijos: Teoría de la Acción Razonada y Conducta Planeada	270
---	-----

Aracely Márquez Vega

Raquel A. Benavides Torres

Esther C. Gallegos Cabriales

Blanca Idalia Montoya Flores

Georgina Mayela Núñez Rocha

Universidad Autónoma de Nuevo León

Capítulo XII.- El Aprendizaje Interpersonal como Instrumento para la Intervención en Psicología Clínica	286
---	-----

Cosme Francisco Maldonado Rivera.

Universidad Autónoma de Durango

Capítulo XIII.- Planeación Innovadora para la Intervención Psicosocial en Salud	297
---	-----

Fuensanta López Rosales

Universidad Autónoma de Nuevo León

SECCIÓN I.- EVALUACIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD

Capítulo I.- Evaluación en Psicología de la Salud: Autoeficacia, Control de Peso y Actividad Física

Rebeca Ma. Elena Guzmán Saldaña

Melissa García Meraz

Arturo Del Castillo Arreola

Gloria Solano Solano

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Capítulo II.- Fenomenología como Aproximación Cualitativa al Estudio de las Enfermedades Crónicas

Dora Julia Onofre-Rodríguez

Martha Leticia Cabello-Garza

Raquel Alicia Benavides-Torres

Universidad Autónoma de Nuevo León

Capítulo III.- Psicología Constructivista: Evaluación e Intervención

Gloria Margarita Gurrola Peña

Patricia Balcázar Nava

José Antonio Virseda Heras

Alejandra Moysén Chimal

Juana Ma. Esteban Valdés

Julieta Garay López

Universidad Autónoma del Estado de México

Capítulo IV.- Modelo de Conducta Sexual en Hombres que Tienen Sexo con Hombres:
Teoría de Rango Medio Modificada

Carolina Valdez Monter

Dora Julia Onofre Rodríguez

Universidad Autónoma de Nuevo León

Lubia Castillo Arcos

Universidad Autónoma del Carmen

Fuensanta López Rosales

José Moral de la Rubia

Raquel Alicia Benavides Torres

Universidad Autónoma de Nuevo León

CAPÍTULO I.- EVALUACIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD: AUTOEFICACIA, CONTROL DE PESO Y ACTIVIDAD FÍSICA

Rebeca Ma. Elena Guzmán Saldaña

Melissa García Meraz

Angélica Arturo Del Castillo Arreola

Gloria Solano Solano

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Resumen

El propósito de este estudio fue adaptar, validar y confiabilizar, el Inventario de Autoeficacia Percibida para Control de Peso (AP-CP) en población escolar mexicana. La muestra no probabilística quedó formada por 831 estudiantes con $M_{\text{edad}} = 12$, ($DE = 1.70$), de escuelas públicas de Pachuca, Hidalgo, México. Para efecto de tal propósito se aplicó el análisis factorial exploratorio. Se obtuvieron dos versiones, una para hombres y otra para mujeres del AP-CP. Se encontró que la autoeficacia percibida para control de peso y actividad física se relaciona con el género. Se discute la utilidad del Inventario AP-CP para la prevención de la obesidad en las primeras etapas de vida.

Introducción

Una serie de factores psicológicos, demográficos y del medio ambiente físico y social están relacionados con la actividad física y el control de peso. Entre los factores psicológicos destaca la autoeficacia como uno de los más relevantes. Según Bandura (1998) la autoeficacia es la convicción de tener éxito al llevar a cabo una conducta, ya sea cambiándola o manteniéndola. Las personas con alta autoeficacia son optimistas y realizan cuidados preventivos; además, se enferman y deprimen menos.

La autoeficacia predice el logro de acciones ligadas a tratamientos para el control de peso y su mantenimiento; por ejemplo, se relaciona con la intención de comer alimentos bajos en calorías, frutas y vegetales, entre otros aspectos relevantes.

Por tal motivo el presente capítulo aborda a la autoeficacia, observada desde la psicología de la salud, en su relación con el control de peso en las primeras etapas de vida, como un predictor importante de la conducta de alimentarse. Así mismo, se hace énfasis en la evaluación del constructo de autoeficacia en la edad escolar, y se describe con precisión el método y los resultados obtenidos con la adaptación del Inventario de Autoeficacia Percibida para Control de Peso, a partir del análisis factorial exploratorio.

Marco Teórico

La autoeficacia, una variable que explica como las personas adquieren y mantienen determinadas pautas de conducta, ha mostrado ser un excelente predictor de éxito; es el mejor indicador de las capacidades de adaptación a las demandas vitales que influyen en el bienestar psicológico de los individuos.

Para que una persona realice conductas saludables, logre mantenerlas a largo plazo y obtenga un cambio permanente en su salud física y emocional debe reunir ciertos factores, por ejemplo:

- la creencia de que un cambio de conducta puede mejorar su estado actual;
- la confianza en su capacidad para adoptar conductas benéficas y/o dejar de practicar aquellas que resulten desfavorables para su salud, es decir, la autoeficacia (Román, Díaz, Cárdenas & Lugli, 2007);
- habilidades reales para ejecutar dichas acciones;
- el conocimiento pertinente de las actividades que debe realizar; y
- Los recursos materiales necesarios para su actuación.

La autoeficacia en combinación con otras variables personales, actúa en el mantenimiento y pérdida de peso corporal porque facilita a las personas la realización de las dos conductas que han demostrado ser determinantes para obtener el éxito esperado:

- Alimentarse saludablemente (disminuyendo la ingesta calórica) y
- la realización de actividad física que logre incrementar el gasto calórico.

Román, Díaz, Cárdenas, y Lugli (2007) afirman que para que estas conductas resulten realmente efectivas, el individuo debe realizar un esfuerzo constante y progresivo para controlar su ingesta alimentaria y mantener un adecuado gasto calórico mediante la práctica regular de ejercicios físicos. Por lo tanto, la responsabilidad individual se vuelve fundamental para lograr resultados favorables porque son dependientes en gran medida del control alcanzado por la persona en la adopción de conductas saludables y de un cambio permanente en su estilo de vida.

Kitsantas (2002) examinó el papel de la percepción de autoeficacia en el empleo de estrategias autorregulatorias para el control y pérdida del peso corporal. Las estrategias autorregulatorias se definen como los procesos personales y acciones dirigidas hacia la adquisición y delineamiento de habilidades y son: establecimiento de metas, auto-monitorización, autoevaluación, estructuración ambiental, manejo del tiempo, y búsqueda de asistencia social y de información. Los resultados muestran que la percepción de autoeficacia juega un papel fundamental en la pérdida y mantenimiento de peso. Los participantes con baja autoeficacia no aplicaron las estrategias de autorregulación consideradas esenciales en la rutina de mantenimiento del peso. Por otro lado, los individuos quienes reportaron alta percepción de autoeficacia aplicaron sus estrategias autorregulatorias constantemente ante las dificultades y tendían más a manejar con éxito su peso.

Campos y Pérez (2007) realizaron un estudio donde se analizó la relación entre autoeficacia y conflicto decisional para bajar de peso en mujeres adultas. Los resultados indican que una mayor autoeficacia se asocia con un menor conflicto decisional para bajar de peso. La baja autoeficacia desmotiva a las mujeres ante la posibilidad de realizar un

cambio en su dieta y en adoptar una rutina de ejercicios físicos para bajar de peso. La correlación que alcanzó la mayor magnitud se presenta en la autoeficacia para el ejercicio físico y el conflicto decisional, lo cual indica que las mujeres pueden considerar que realizar una rutina de ejercicios es un desafío mayor.

Basados en la teoría de la autoeficacia se espera que los individuos que confían en sus habilidades (alta autoeficacia) intensifiquen el esfuerzo y la perseverancia invertida en la realización de actividades para lograr perder o mantener su peso corporal, como actividad física y controlar su ingesta. Mientras que aquellos que desconfían de sus capacidades (baja autoeficacia) tienden a sentirse intimidados, además llegan a desmotivarse en la realización de un cambio en su dieta y en adoptar una rutina de ejercicios físicos para bajar de peso.

Por otro lado, la realización de actividad física como parte de un estilo de vida saludable beneficia la disminución del riesgo de sufrir enfermedad coronaria, hipertensión arterial, obesidad, diabetes, entre otros. Asimismo favorece el bienestar emocional, el nivel percibido de energía, la autoestima y la satisfacción personal (Hernández et al., 2000; Moraska & Fleshner, 2000; Pianosi & Davis, 2004; Salmon & Timperio, 2007).

Contrariamente, el sedentarismo aumenta el riesgo de adquirir enfermedades crónicas no transmisibles. En el caso de los niños y los adolescentes, la falta de ejercicio tiene consecuencias todavía más graves porque eleva la posibilidad de padecer enfermedades propias de la vida adulta, como diabetes y enfermedades coronarias (Daniels & Greer, 2008; Juarbe, Lipson & Turok, 2003). Sin embargo, de manera preocupante se ha observado una disminución de la actividad física en la población en general, un problema que alcanza también a los niños, quienes en su mayoría no cubren los niveles mínimos de ejercicio recomendados para proteger su salud (Olaiz-Fernández et al. 2006).

La eliminación del sedentarismo en la vida de las personas debe realizarse a edades tempranas, cuando es más fácil desarrollar hábitos saludables. Por lo tanto la infancia es el período evolutivo ideal para adoptar estilos de vida sanos, y los programas dirigidos a promover comportamientos saludables en la familia, incluida la actividad física, deben empezar precisamente en esa etapa (Hallal, Wells, Reichert, Anselmi & Victora, 2006).

Ahora bien, la responsabilidad individual es imprescindible para lograr el éxito de cualquier estrategia de control de peso, ya que los resultados en gran medida son dependientes del control alcanzado por la persona y de la permanencia del cambio en el estilo de vida; el control de su ingesta alimenticia y el mantenimiento de un adecuado gasto calórico mediante la práctica regular de actividad física, son actividades sustanciales. De acuerdo con Saldaña (1994), la autoeficacia percibida constituye un factor relevante para predecir tanto el éxito de tratamientos dirigidos al control del peso, como al mantenimiento de las pérdidas de peso alcanzadas.

La autoeficacia es la convicción de que se tendrá éxito al llevar a cabo la conducta meta, la confianza en los resultados que tiene una persona al decidir cambiar o mantener cierta acción o conducta (Bandura, 1998). Tal convicción influye en cómo la persona enfrenta los desafíos y objetivos que se plantea, el grado de esfuerzo que invierte en lograrlos, los resultados que espera alcanzar y la magnitud de su perseverancia frente a los obstáculos (Devellis & Devellis, 2000).

Diversos estudios señalan la existencia de relaciones significativas entre autoeficacia y actividad física. Por ejemplo, Aedo y Ávila (2009) reportan este tipo de relaciones en una muestra de niños de edad escolar. Así mismo, entre otras asociaciones observadas, se reportan las encontradas entre la percepción de control de la conducta y la actividad física (Armitage, 2005). En pacientes con problemas cardíacos la autoeficacia funciona como variable mediadora entre las intenciones de realizar ejercicio y la realización posterior de actividad física (Sniehotta, Scholz & Schwarzer, 2005).

Además, la autoeficacia también ha sido estudiada como factor mediador en el éxito de los tratamientos para la reducción del peso (Clark, Cargill, Medeiros y Pera, 1996; Dennis & Goldberg, 1996), para lograr la mayor pérdida (Martín, Dutton & Brantley, 2004) y para el mantenimiento del mismo (Elfhag & Rossner, 2005). Así mismo, ha sido identificada como variable predictora de la intención de comer alimentos bajos en calorías, frutas y vegetales (Povey, Conner, Sparks, James & Shepherd, 2000).

En cuanto a la medición de la autoeficacia, a nivel internacional, dos de los instrumentos que más se han utilizado en el área de la conducta alimentaria y autoeficacia

son el Self-Efficacy Scale (ESES) de Glynn y Ruderman (1986) y el Weight Efficacy Life-Style Questionnaire (WEL) de Clark, Abrams, Niaura, Eaton y Rossi (1991), los cuales fueron adaptados al castellano por Ruiz, Berrocal, López y Rivas (2002, 2003) y han demostrado tener propiedades psicométricas adecuadas. Sin embargo, se ha discutido sobre la necesidad de nuevas investigaciones dirigidas a solventar los huecos existentes en relación con la evaluación de la autoeficacia para el control del peso y la actividad física, ya que los programas conductuales de intervención en el tratamiento de la obesidad están dirigidos tanto a los hábitos alimenticios como a la actividad física (Stice, Shaw & Marti, 2006).

En México, recientemente se publicó un reporte sobre un instrumento para evaluar la autoeficacia hacia la actividad física en niños de edad escolar, detectándose tres factores: búsqueda de alternativas positivas hacia la actividad física, capacidad para enfrentar posibles barreras para llevarla a cabo y expectativas de habilidad o competencia. Se trata de una valiosa iniciativa, sin embargo, los autores señalan que una limitante de este cuestionario es que utiliza una escala dicotómica de respuestas “sí” y “no”, lo que puede llegar a dificultar la detección de la relación entre la autoeficacia y la actividad física (Aedo & Ávila, 2009).

Otro instrumento también utilizado es el de Autoeficacia para Realizar Conductas Saludables en Niños Sanos (Flores León, González-Celis Rangel & Valencia Ortiz, 2010) que mide dos factores en menores de 6 a 12 años: actividades de protección a la salud y actividades de independencia. Este instrumento es una contribución importante ya que como ya se señaló, de acuerdo con la literatura, son casi nulos los instrumentos que evalúan la autoeficacia percibida para llevar a cabo conductas que en los niños mexicanos promuevan su salud. Cabe hacer hincapié en que si bien la autoeficacia percibida se concibe como uno de los principales determinantes de las intenciones de hacer ejercicio y de seguir haciéndolo por largos períodos, son muy pocos los cuestionarios de autoeficacia elaborados específicamente para actividad física y control de peso, y menos aún para medir este constructo en población infantil y juvenil.

Teniendo en cuenta que la autoeficacia percibida se concibe como uno de los principales determinantes de las intenciones de hacer ejercicio y de controlar el hábito de

alimentación y seguir haciéndolo por largos períodos, por un lado, y la poca atención que se le ha brindado a la medición de la misma en población escolar, por el otro, en la presente investigación, se tuvo el siguiente objetivo: Establecer las propiedades psicométricas del Inventario de Autoeficacia Percibida para Control de Peso, adaptado para la población mexicana (Román, Díaz, Cárdenas & Lugli, 2007)

Hallazgos Empíricos en México

Para evaluar las propiedades psicométricas del inventario se consideró el análisis exploratorio de la consistencia interna mediante el estadístico Alfa de Cronbach.

Participantes. Se tomó una muestra no probabilística de tipo intencional conformada por 831 estudiantes de quinto y sexto grado de primaria y de primer a tercer grado de secundaria, de cuatro escuelas públicas, ubicadas en Pachuca de Soto Hidalgo. El 50.7% de los participantes eran mujeres ($n = 421$) y el 49.3% hombres ($n = 410$), con una media de edad de 12 años ($DE = \pm 1.70$), con un rango de 10 a 16 años.

Instrumento. El instrumento original fue aplicado en población venezolana, y consta de 37 ítems. El análisis factorial muestra tres factores que explican el 44.08% de la varianza; mide la autoeficacia percibida en tres áreas del control del peso: estilo de alimentación, influencia de los estímulos externos en la conducta de sobreingesta y patrones de actividad física. Los índices de consistencia interna son satisfactorios para cada factor: 0.88, 0.91, y 0.88.

Ahora bien, en este estudio como parte de las adecuaciones del instrumento para población mexicana se realizó un pilotaje aplicando el Inventario a un total de 100 participantes, estudiantes de primarias y secundarias públicas. Para tal fin se hicieron adecuaciones acordes a los hábitos a esta edad, dentro del contexto social y cultural de los participantes; así mismo, se contemplaron datos teóricos encontrados en la revisión bibliográfica y el análisis de estudios anteriores; además se evaluó la equivalencia de contenido y semántica de cada uno de los ítems. Todo esto conformó la plataforma sobre la que se construyó la nueva versión del inventario integrándose un total de 45 ítems (incluidos los 37 originales). Dentro de los ítems agregados los tres primeros incluyeron

datos generales como edad, sexo y escolaridad, se agregó una pregunta sobre si realiza o no ejercicio, y cinco sobre aspectos emocionales (afecto positivo y negativo) asociados con la realización de actividad física y con el control de peso; en un formato tipo escala Likert, con cuatro opciones de respuesta que van desde “No puedo hacerlo”, hasta “Seguro que puedo hacerlo”, de forma autoaplicable.

Procedimiento. La aplicación del instrumento final se llevó a cabo de manera grupal en cada aula, durante el horario de clases y de acuerdo a la disponibilidad de cada escuela. A fin de resguardar los aspectos éticos, se solicitó previamente el consentimiento tanto a padres como a todos los participantes del estudio. El tiempo de respuesta tomó de 15 a 25 minutos. Esta actividad fue dirigida por estudiantes de psicología previamente capacitados, quienes dieron las instrucciones para responder al instrumento.

Resultados. Como un primer acercamiento a la validez del instrumento, se aplicaron dos análisis factoriales exploratorios: uno para la muestra de mujeres y otro para la muestra de hombres. En ambos casos se utilizó el Método de Componentes Principales y Rotación VARIMAX. Se aceptaron como factores solamente los que obtuvieron como mínimo tres reactivos y una carga factorial igual o mayor a 0.40 (Hair, Anderson, Tatham & Black, 1999).

Como requisito previo al análisis factorial se evaluó la adecuación de la matriz de correlación utilizando el índice de Kaiser-Meyer-Olkin, obteniendo un valor satisfactorio tanto para la muestra de hombres, como para la de mujeres. El test de esfericidad de Barlett fue significativo, indicativo de la presencia de correlaciones adecuadas y la pertinencia de llevar a cabo el análisis factorial.

Inventario de Hombres. El inventario final para hombres quedó integrado por 36 ítems. La solución rotada inicial manifestó nueve factores que explicaron un total del 56% de la varianza y un nivel de confiabilidad de 0.94. La solución final quedó formada por seis factores (cada uno con valores de confiabilidad aceptables) que explican el 45.106 % de la varianza total, después de 23 iteraciones (ver tabla 1).

Los seis factores obtenidos en la muestra de hombres fueron: Factor 1 Autoeficacia en Actividad Física Programada con diez ítems y un valor alfa = .87, Factor 2 Autoeficacia para Evitar Ingesta de Alimentos No Saludables con ocho ítems y un valor alfa = .81, Factor 3 Autoeficacia para Estilos Alimenticios e Internalidad con seis ítems y un valor alfa = .79, Factor 4 Autoeficacia para Actividad Física e Internalidad con cinco ítems y un valor alfa = .77, Factor 5 Autoeficacia para Control de Peso con cuatro ítems y un valor alfa = .65, Factor 6 Autoeficacia para ingesta de alimentos con tres ítems y un valor alfa = .64.

Tabla 1. Análisis Factorial Exploratorio del Inventario de Autoeficacia Percibida para Control de Peso. Solución para la Muestra de Hombres.

No.	Reactivo	Cargas Factoriales
Factor 1. Autoeficacia en Actividad Física Programada		
19	Realizar en casa abdominal o pesas.	.709
4	Realizar ejercicio diariamente.	.703
15	Correr todos los días.	.699
10	Aumentar poco a poco el tiempo de duración de tu rutina de ejercicio	.666
26	Aumentar poco a poco el tiempo de tu rutina de ejercicio.	.624
8	Realizar ejercicio o salir a caminar en un parque público.	.586
24	Realizar rutinas de ejercicios a pesar de que no tengas ganas de hacerlas	.585
36	Poner más esfuerzo y hacer más abdominales o pesas.	.558
39	Poner tu máximo esfuerzo para cumplir el tiempo establecido para correr.	.448
17	Poner más esfuerzo de tu parte para subir y bajar escaleras.	.424
Alpha = .87		

No.	Reactivo	Cargas Factoriales
Factor 2. Autoeficacia para Evitar Ingesta de Alimentos No Saludables		
20	Evitar los dulces aunque se te antojen.	.686
9	Tener fuerza de voluntad para dejar de comer dulces.	.672
25	Eliminar de tu dieta los dulces y chocolates.	.666
11	Dejar de comer chocolates u otras golosinas que comes cuando te sientes presionado(a).	.581
7	Evitar comer alimentos como <i>hot dogs</i> , hamburguesa, pizza, etc.	.569
18	Evitar la comida chatarra cuando desayunas, comes o cenas fuera de casa.	.478
34	Dejar de comer alimentos chatarra entre comidas.	.454
21	Rechazar invitaciones a comer alimentos ricos en grasas y carbohidratos (quesadillas, tortas, tamales, tacos, etc.).	.406
Alpha = .81		
Factor 3. Autoeficacia para Ingesta Alimentaria e Internalidad		
32	Dejar de cenar si te sientes presionado(a).	.644
29	Dejar de comer a cada rato aunque te sientas nervioso (a).	.613
16	Comer poco cuando estas con tus amigos(as).	.506
22	Caminar rápido a pesar de que no te guste.	.481
45	Utilizar las escaleras y no el elevador aunque se encuentre detenido en el piso en que estás.	.470
44	Salir a caminar si te sientes ansioso(a) y tienes deseos de estar comiendo.	.445
3 Alpha = .79		

No.	Reactivo	Cargas Factoriales
Factor 4. Autoeficacia para Actividad Física e Internalidad		
38	Caminar rápido a pesar de que sientas que no tienes fuerza para seguir.	.659
33	Cumplir con tu rutina de ejercicios a pesar de que sientas que no puedes más.	.591
42	Hacer ejercicio a pesar de que te sientas triste o aburrido(a).	.556
27	Usar las escaleras y no el elevador a pesar de estar cansado(a).	.528
31	Quedarte un poco lejos del lugar a donde vas con la finalidad de caminar.	.431
4 Alpha = .77		
Factor 5. Autoeficacia para Control de Peso		
13	Cenar alimentos bajos en calorías.	.630
30	Realizar las 3 comidas diarias bajas en grasas para controlar tu peso.	.576
14	Dejar de comer entre comidas con el propósito de controlar tu peso.	.550
23	Insistir en comprar alimentos bajos en calorías.	.528
5 Alpha=.65		
Factor 6. Autoeficacia para Ingesta Alimentaria		
43	Tranquilizarte si te han regañado o has peleado con tus papás en lugar de ponerte a comer golosinas.	.709
40	Dejar de tomar refresco y tomar agua.	.570
37	Comer verduras frente a personas que están alimentándose con comida chatarra.	.479
6 Alpha=.64		

Inventario de Mujeres. El inventario final para mujeres quedó integrado por 40 ítems. La solución rotada inicial fue de siete factores que explican un total del 54% de la varianza, con un alpha de Cronbach de confiabilidad de 0.95. La solución final estuvo formada por seis factores, todos ellos con niveles de confiabilidad aceptables que explican el 50.53% de la varianza total, después de 12 iteraciones (ver Tabla 2).

Los seis factores obtenidos en la muestra de mujeres fueron: Factor 1 con nueve ítems, y un valor alfa = .86, Factor 2 con ocho ítems y un valor alfa = .86, Factor 3 con siete ítems y un valor alfa = .80, Factor 4 con cinco ítems y un valor alfa = .78, Factor 5 con cinco ítems y un valor alfa = .76, Factor 6 con seis ítems y un valor alfa = .78.

Tabla 2. Análisis Factorial Exploratorio del Inventario de Autoeficacia Percibida para Control de Peso. Solución para la Muestra de Mujeres.

No.	Reactivo	Cargas Factoriales
Factor 1. Autoeficacia para Actividad Física e Internalidad		
38	Caminar rápido a pesar de que sientas que no tienes fuerza para seguir.	.680
33	Cumplir con tu rutina de ejercicios a pesar de que sientas que no puedes más.	.622
36	Poner más esfuerzo y hacer más abdominales o pesas.	.604
24	Realizar rutinas de ejercicios a pesar de que no tengas ganas de hacerlas.	.571
39	Poner tu máximo esfuerzo para cumplir el tiempo establecido para correr.	.553
No.	Reactivo	Cargas Factoriales
Factor 1. Autoeficacia para Actividad Física e Internalidad		
42	Hacer ejercicio a pesar de que te sientas triste o aburrido(a).	.516
27	Usar las escaleras y no el elevador a pesar de estar cansado(a).	.506

No.	Reactivo	Cargas Factoriales
31	Quedarte un poco lejos del lugar a donde vas con la finalidad de caminar.	.483
19	Realizar en casa abdominales o pesas.	.417
1 Alpha: .86		
Factor 2. Autoeficacia para Evitar Ingesta de Alimentos No Saludables		
25	Eliminar de tu dieta los dulces y chocolates.	.698
9	Tener fuerza de voluntad para dejar de comer dulces.	.695
20	Evitar los dulces aunque se te antojen.	.667
7	Evitar comer alimentos como hot dogs, hamburguesa, pizza, etc.	.657
21	Rechazar invitaciones a comer alimentos ricos en grasas y carbohidratos (quesadillas, tortas, tamales, tacos, etc.).	.595
34	Dejar de comer alimentos chatarra entre comidas.	.520
11	Dejar de comer chocolates u otras golosinas que comes cuando te sientes presionado(a).	.479
23	Insistir en comprar alimentos bajos en calorías.	.401
2 Alpha: .86		
Factor 3. Autoeficacia para Actividad Física Cotidiana		
22	Caminar rápido a pesar de que no te guste.	.614
45	Utilizar las escaleras y no el elevador aunque se encuentre detenido en el piso en que estás.	.592
17	Poner más esfuerzo de tu parte para subir y bajar escaleras.	.573
12	Subir y bajar escaleras en lugar de utilizar las mecánicas.	.555
43	Tranquilizarte si te han regañado o has peleado con tus papás en lugar de ponerte a comer golosinas.	.494
6	Caminar siempre que te sea posible evitando cualquier medio de transporte.	.464

No.	Reactivo	Cargas Factoriales
44	Salir a caminar si te sientes ansioso(a) y tienes deseos de estar comiendo.	.428
3 Alpha: .80		
Factor 4. Autoeficacia para Actividad Física Programada		
4	Realizar ejercicio diariamente.	.647
8	Realizar ejercicio o salir a caminar en un parque público.	.608
15	Correr todos los días.	.572
10	Aumentar poco a poco el tiempo de duración de tu rutina de ejercicio	.517
26	Aumentar poco a poco el tiempo de tu rutina de ejercicio.	.493
4 Alpha=.78		
Factor 5. Autoeficacia para Ingesta Alimentaria		
28	Comprar un yogurt en vez de una pizza.	.608
40	Dejar de tomar refresco y tomar agua.	.551
41	Ir con tus amigos(as) a caminar, jugar basquetbol o fútbol en vez de estar en la computadora chateando o jugando video juegos.	.546
37	Comer verduras frente a personas que están alimentándose con comida chatarra.	.472
35	Evitar comer fuera de los horarios de comida.	.423
5 Alpha=.76		
Factor 6. Autoeficacia para Control de Peso		
32	Dejar de cenar si te sientes presionado(a).	.624
30	Realizar las 3 comidas diarias bajas en grasas para controlar tu peso.	.589
16	Comer poco cuando estas con tus amigos(as).	.555
14	Dejar de comer entre comidas con el propósito de controlar tu peso.	.520

No.	Reactivo	Cargas Factoriales
5	Comer despacio si te sientes nervioso(a).	.465
29	Dejar de comer a cada rato aunque te sientas nervioso (a).	.454

6 Alpha=.78

Discusión y conclusiones. De acuerdo con el objetivo de este estudio, se adaptó, validó y confiabilizó el Inventario de Autoeficacia Percibida para Control de Peso en población escolar mexicana (Román et al., 2007), a través de la aplicación de análisis factoriales exploratorios y confirmatorios, y la obtención de coeficientes de consistencia interna (alfa de Cronbrach).

En un primer momento se adaptó el inventario, que en su versión original consta de 37 ítems, agregándose ocho más: cuatro ítems relacionados con estilos alimenticios y actividad física, vinculados con la fuerza de voluntad para controlar el peso (e.g. “dejar de comer a cada rato aunque te sientas nervioso”), y cuatro ítems sobre aspectos sociodemográficos (e. g. edad); además se hicieron ajustes acordes con los hábitos, la edad, entre otros. En términos de la validación del inventario previamente se compararon las respuestas a este instrumento (a través de la prueba *t* de student) encontrándose diferencias significativas por sexo, obteniendo dos versiones una para hombres y otra para mujeres. Ambas versiones del AP-CP muestran índices totales de consistencia interna satisfactorios (.94 y .95 respectivamente).

Los análisis exploratorios arrojaron seis factores para cada versión del Inventario de Autoeficacia Percibida para Control de Peso: La de hombres está constituida por 36 ítems y la de mujeres por 40 ítems. El porcentaje de varianza total en el inventario de hombres explica el 45.11 por ciento, y en el de mujeres el 50.53 por ciento.

En el inventario de hombres el factor que explicó el mayor porcentaje de varianza fue actividad física programada (con 10 ítems, alfa = .87 y varianza = 12.53); y en las mujeres actividad física y fuerza de voluntad (con nueve ítems alfa = .86, y 12.15% de la varianza total). En ambas versiones el factor de estilos alimenticios explicó el menor porcentaje de varianza (en la de hombres con alfa = .64 y varianza explicada = 3.76%, y en

la de mujeres con $\alpha = .76$ y varianza explicada=6.75%). Cabe recordar, que la versión original del inventario (que no distingue entre sexos) tiene tres factores: estilos alimenticios y externalidad (explica el 17.28% de la varianza total con 20 ítems), actividad física programada (explica el 14.53% de varianza total con nueve ítems), y actividad física cotidiana (con un 12.28% de varianza total con ocho ítems) (Román et al., 2007).

Este planteamiento de los análisis exploratorios, reafirma el planteamiento de la adaptación mexicana, en cuanto a que el inventario debe contemplar versiones acordes con el sexo. Al respecto se observa que los hombres manifiestan autoeficacia vinculada con: internalidad para el control de peso, estilos alimenticios no saludables, y actividad física programada. En cambio, las mujeres relacionan la autoeficacia diferenciando a la actividad física programada de la cotidiana, así mismo, respecto a los estilos alimenticios asociados a factores externos.

En este sentido, llama la atención la función que cumplen los estereotipos de género, reproduciéndose en la autoeficacia relativa a la actividad física y al control de peso. Al respecto, la teoría cognitivo-social aborda la diferenciación, concibiendo el género como resultado de la interacción entre factores personales (concepciones relacionadas con la actividad física y el género), factores comportamentales (patrones de actividad física relacionados con el género) y factores del entorno (reacciones sociales hacia el comportamiento vinculado con la actividad física) (Alvariñas Villaverde, Fernández Villarino & López Villar, 2009; Bussey & Bandura, 1999).

Por otro lado, específicamente en esta versión del AP-CP, se incluyeron ítems vinculados al constructo “fuerza de voluntad”, dada la relevancia que diversos estudios han evidenciado en cuanto a ese constructo y la realización de actividad física y control de peso (Armenta González–Palenzuela, 2004; Tercedor Sánchez, 2001). Los resultados corroboran lo planteado por Flórez-Alarcón (2007) en cuanto a que los procesos volitivos instituyen patrones comportamentales que intervienen en el control de peso, estableciendo el cómo, cuándo y dónde de la ingesta de alimentos y la realización de actividad física, además del planteamiento de alternativas comportamentales para el control de peso (como caminar diariamente).

Con relación a los estilos alimenticios no saludables, los hombres los asocian no solo con aspectos internos como la fuerza de voluntad (e. g. “dejar de comer a cada rato aunque te sientas nervioso”), sino también con aspectos de restricción alimentaria como eliminar de la dieta dulces, golosinas y comida chatarra. Las mujeres manifiestan de forma semejante la restricción alimentaria, además la vinculan con el consumo de alimentos bajos en calorías, con disciplina, considerando factores ambientales como “evitar ver la televisión o leer mientras comes”. Estos resultados van en la misma dirección de reportes previos sobre el estudio de conductas alimentarias de riesgo en donde se observó que los hombres y las mujeres practican insistentemente la conducta dietética, aunque los hombres lo hacen en menor medida (Acosta García, Llopis Marín, Gómez Peresmitré & Pineda García, 2005).

Esta preocupación por la comida y las dietas indica que las preferencias sociales vinculadas erróneamente con la delgadez, junto con el estilo de vida, han afectado notoriamente la conducta alimentaria, así como las actividades que giran alrededor de la comida, incluso en las primeras etapas de vida (León Hernández, Gómez-Peresmitré & Platas Acevedo, 2008; Gila, Castro, Toro & Salamero, 2004).

En cuanto a las aportaciones de este estudio, debe enfatizarse la contribución teórico-práctica relacionada con la disponibilidad de instrumentos válidos y confiables, ajustados a las necesidades y género de escolares mexicanos. Algunas de las implicaciones prácticas de este inventario plantean la posibilidad de diagnosticar a niños y adolescentes en cuanto a la autovaloración de autoeficacia para realizar actividad física y control de peso; y por lo tanto, incidir en la prevención del problema de obesidad que aqueja a la población mundial, particularmente a los mexicanos en las primeras etapas de vida.

Referencias

- Acosta García, M. V., Llopis Marín, J. M., Gómez Peresmitré, G., & Pineda García, G. (2005). Estudio transcultural entre adolescentes de España y México. *International Journal of Psychological Therapy*, 5(3), 223-232.
- Aedo, A. & Ávila, H. (2009). Nuevo cuestionario para evaluar la autoeficacia hacia la

- actividad física en niños. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26(4), 324-329.
- Alvariñas Villaverde, M., Fernandez Villarino, M. A., & López Villar (2009). Actividad física y percepciones sobre deporte y género. *Revista de Investigación en Educación*, 6, 113-122.
- Armenta González–Palenzuela, F. (2004). La motivación y adhesión hacia la actividad física y el deporte. *Escuela abierta*, 7, 137-152.
- Armitage, C. J. (2005). Can the theory of planned behavior predict the maintenance of physical activity? *Health Psychology*, 24, 235- 245.
- Bandura, A. (1998). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: WH Freeman.
- Bussey, K. & Bandura, A. (1999). Social Cognitive Theory of Gender Development and Differentiation. *Psychological Review*, 106, 676-713.
- Campos, S. & Pérez, J. (2007). Autoeficacia y conflicto decisional frente a la disminución del peso corporal en mujeres. *Revista Chilena de Nutrición*, 34(3), 1-18.
- Clark, M.M., Abrams, D.B., Niaura, R.S., Eaton, C.A., & Rossi, J.S. (1991). Self-efficacy in weight management. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(5), 739-744.
- Clark, M.M., Cargill, B.R., Medeiros, M.L. & Pera, V. (1996). Changes in self-efficacy following obesity treatment. *Obesity Research*, 4, 179-181.
- Daniels, S.R. & Greer, F. R. (2008). Committee on Nutrition. Lipid Screening and Cardiovascular Health in Childhood. *Pediatrics*, 122(1), 198–208.
- Dennis, K. E. & Goldberg, A. P. (1996). Weight control self-efficacy types and transitions affect weight-loss outcomes in obese women. *Addictive Behavior*, 21(1), 103-116.
- Devellis, B. & Devellis. R. (2000). Self-efficacy and health. En Baum, T., Revenson, A. & Singer, J. (Eds.). *Handbook of Health Psychology* (pp. 235-47). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

- Elfhag, K. & Rossner, S. (2005). Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obesity Review*, 6(1), 67-85.
- Flores León, A., González-Celis Rangel, A. L., & Valencia Ortiz, A. (2010). Validación del Instrumento de Autoeficacia para Realizar Conductas Saludables en Niños Mexicanos Sanos. *Revista Psicología y Salud*, 20(1), 23-30.
- Flórez Alarcón, L. (2007). *Psicología social y de la salud: Promoción y prevención*. Colombia: El Manual Moderno.
- Gila, A., Castro, J., Toro, J., & Salamero, M. (2004). Subjective body image dimensions in normal female population: Evolution through adolescence and early adulthood. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4(1), 1-10.
- Glynn, S. M. & Ruderman, A. J. (1986). The development and validation of an eating self-efficacy scale. *Cognitive Therapy and Research*, 10(4), 403-420.
- Hair, J. E., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black W. C. (1998). *Multivariate data analysis*. (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- Hallal, P. C., Wells, J. C., Reichert, F. F., Anselmi, L., & Victora, C. G. (2006). Early determinants of physical activity in adolescence: prospective birth cohort study. *British Medical Journal*, 332(7548), 1002-1007.
- Hernández, B., Gortmaker, S., Laird, N., Colditz, G., Parra-Cabrera, S., & Peterson, K. (2000). Validez y reproducibilidad de un cuestionario de actividad e inactividad para escolares de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 42(4), 315-23.
- Juarbe, T., Lipson, J., & Turok, X. (2003). Physical activity beliefs, behaviours and cardiovascular fitness of Mexican immigrant women. *J. Transcult. Nurs.* 14(2), 108-116.
- Kitsantas, A. (2002). Test preparation and performance: A self regulatory analysis. *The Journal of Experimental Education*, 70(2), 101-113.

- León Hernández, R., Gómez-Peresmitré, G., & Platas Acevedo, S. (2008). Conductas alimentarias de riesgo y habilidades sociales en una muestra de adolescentes mexicanas. *Salud Mental*, 31(6), 447-452.
- Lorig, K., Stewart, A., Ritter, P., Gonzalez, V., Laurent, D., & Lynch, J. (1996). *Outcome Measures for Health Education and Other Health Care Interventions*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Moraska, A. & Fleshner, N. (2000). Voluntary physical activity prevents stress, induced behavioral depression and anti-KLH antibody suppression. *American Journal of Physiology*, 281, 484-489.
- Pianosi, P. & Davis, H. (2004). Determinants of physical fitness in children with asthma. *Pediatrics*, 113(3), 225-229.
- Povey, R., Conner, M., Sparks, P., James, R., & Shepherd, R. (2000). Application of the therapy behaviour theory to two dietary behaviours: Roles of perceived control and self-efficacy. *British Journal of Health Psychology*, 5(2), 21-139.
- Román, Y., Díaz, B., Cárdenas, M., & Lugli, Z. (2007). Construcción y validación del Inventario Autoeficacia Percibida para el Control de Peso. *Clínica y Salud*, 18(1), 45-56.
- Ruiz, V. M., Berrocal, C., López, A. E., & Rivas, T. (2002). *Instrumentos de evaluación de la autoeficacia percibida en el control de conductas de ingesta. Propiedades Psicométricas*. Trabajo presentado en el V Congreso de Evaluación. Málaga, España.
- Ruiz, V. M., Berrocal, C., López, A. E., & Rivas, T. (2003). Autoeficacia en el control de la ingesta. Adaptación al castellano de la Eating Self Efficacy Scale. *Psicothema*, 15 (001), 36-40. 18 (1), 45-56.
- Saldaña, C. & Rossell, R. (1988). *Obesidad*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Saldaña, C. (1994). *Trastornos del comportamiento alimentario*. Madrid: Fundación

Universidad-Empresa.

Salmon, J. & Timperio, A. (2007). Prevalence trends and environmental influences on child and youth physical activity. *Med Sport Sci.*, 50, 183–199.

Sniehotta, F. F., Scholz, U., & Schwarzer, R. (2005). Bridging the intention-behavior gap: Planning, self-efficacy, and action control in the adoption and maintenance of physical exercise. *Psychology and Health*, 20, 143–160.

Stice, E., Shaw, H., & Marti, N. A. (2006). Meta-analytic review of obesity prevention programs for children and adolescents: The skinny on interventions that work. *Psychological Bulletin*, 132(5), 667–691.

Tercedor Sánchez, P. (2001). *Actividad física, condición física y salud*. Sevilla: Wanceulen

CAPÍTULO II.- FENOMENOLOGÍA COMO APROXIMACIÓN CUALITATIVA AL ESTUDIO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

Dora Julia Onofre-Rodríguez

Martha Leticia Cabello-Garza

Raquel Alicia Benavides-Torres

Universidad Autónoma de Nuevo León

Resumen

A lo largo de su historia los seres humanos, se han esforzado por conocer y comprender el mundo en que viven, así como los sucesos que les rodean. Con este propósito, los estudiosos del comportamiento humano y de los fenómenos sociales han formulado diferentes teorías para intentar explicarlos y abordarlos. En el presente capítulo, se revisará la perspectiva fenomenológica como un estilo de investigación cualitativa que define el significado de las experiencias de vida de un individuo, como una aproximación a la comprensión del significado de la perspectiva de las personas con un padecimiento

Introducción

En el campo de la salud existe inquietud por el creciente aumento de las enfermedades crónicas, es decir, de los padecimientos incurables. Esto, en gran parte, se deriva del hecho de que muchos enfermos logran sobrellevar sus males durante largo tiempo, y al prolongar su vida demandan una atención permanente y adecuada.

La investigación cualitativa en el ámbito clínico ofrece una alternativa para el estudio de las enfermedades crónicas, la cual toma en cuenta la perspectiva del paciente y su contexto cultural en conjunto con el sistema biomédico. Dado que la característica principal de este tipo de investigación es la obtención de respuestas acerca del significado y el sentido que tiene la enfermedad para las personas y su entorno familiar, este tipo de investigación complementa los estudios experimentales y cuantitativos que predominan en

el área clínica. El proceso de la investigación cualitativa se diferencia de las otras formas de realizar investigación por el tipo de datos obtenidos y la forma de análisis. En muchas áreas de la medicina clínica se observa la aplicación de esta forma de hacer investigación, desde los estudios epidemiológicos hasta los estudios de ética clínica.

La aproximación metodológica centrada en los actores constituye uno de los rasgos diferenciales del enfoque antropológico respecto del biomédico, además de que la acuñación de los conceptos padecimiento y patología expresan, y en parte sintetizan, el peso de esta aproximación en el estudio antropológico del proceso salud, enfermedad y atención. Esta aproximación pretende dar la palabra a los sujetos sociales y supone que dar esa voz no implica sólo escucharlos, sino asumir que es correcta y verdadera (Menéndez, 1987).

El estudiar desde esta perspectiva implica necesariamente considerar una gran cantidad de aspectos subjetivos y significados que un enfermo le otorga a la experiencia de vivir con y a pesar de un padecimiento crónico. Según Conrad (1987), para comprender esta situación se hace necesario explorar el significado de la enfermedad considerando la organización social del mundo del que sufre, así como sus estrategias de adaptación, las teorías y explicaciones que las personas desarrollan sobre su estado, ya que todo ello influye en la forma de atención, sea o no médica, que proporciona a su padecimiento. De las diversas líneas de aproximación que incorporan estas preocupaciones una es el estudio de la fenomenología.

En términos simples, la fenomenología es el estudio interpretativo de la experiencia humana. Diversos autores han descrito la fenomenología. Von Eckartsberg (1998), con referencia a la misma, indica que estudia y aclara situaciones humanas, eventos, significados y experiencias que ocurren espontáneamente durante el curso de la vida cotidiana. Para Pollio, Henley y Thompson (1997), el objetivo es “una descripción rigurosa de la vida humana tal como es vivida y reflexionada en toda su concreción en primera persona” (p. 42) Según Stewart y Mickunas (1990), el objetivo de la fenomenología es, “en cuanto al contenido de la conciencia misma -los fenómenos- y ve que la tarea de la filosofía, es la de describir la esencia de los fenómenos, la de explicar los diferentes niveles de significado de los fenómenos, y sus interrelaciones” (p. 8). Fundamentalmente, la

fenomenología es una investigación sistemática de los contenidos de la conciencia que busca las bases del conocimiento humano, el concepto de ser, y el concepto de conciencia.

Por su parte, Spielberg (1982), filósofo historiador del movimiento fenomenológico, declaró que existen tantos estilos de fenomenología, como hay fenomenólogos. Como se puede apreciar es difícil articular de manera clara y precisa el enfoque fenomenológico. Sin embargo, se reconoce firmemente que a través de la fenomenología nos aproximamos a un lenguaje conceptual útil para definir la naturaleza del mundo y la relación entre los individuos por medio de datos cualitativos. Estos mismos nos llevan a una comprensión del significado de las experiencias desde un enfoque científico. Por lo tanto, en esta sección, se considerarán tres apartados de relevante importancia: La historia y la naturaleza de la fenomenología, supuestos básicos de un enfoque fenomenológico y la metodología de la investigación fenomenológica empírica.

La Historia y la Naturaleza de la Fenomenología

La historia de la fenomenología es compleja. Con el tiempo, como sucede a menudo con las tradiciones filosóficas, se desarrollaron diferentes escuelas fenomenológicas, estilos y acentuaciones (Spielberg, 1982). El padre fundador de la fenomenología, el filósofo Edmund Husserl, creía que bajo el flujo cambiante de la experiencia humana y de la conciencia había ciertas estructuras invariables de la conciencia, las cuales podrían ser identificadas a partir del método fenomenológico. Husserl (1964), consideraba que la conciencia y sus estructuras esenciales son una *región* pura independiente del flujo de experiencias concretas y pensamientos. Es por esto que su estilo fenomenológico llegó a ser conocido como *trascendental*.

Es por ello que la fenomenología se considera una tradición filosófica que ha cambiado considerablemente desde su fundación por Husserl, pasando de las estructuras cerebrales a la experiencia vivida. Esta última se introdujo por otros pensadores fenomenologistas, como el filósofo alemán Martin Heidegger y el filósofo francés Maurice Merleau-Ponty, quienes reaccionaron contra las estructuras trascendentales de la conciencia de Husserl (Heidegger, 1962; Merleau-Ponty, 1962). Estos fenomenólogos *existencialistas*, como llegaron a ser llamados, argumentaron que este tipo de estructuras trascendentales

eran cuestionables debido a que Husserl basaba su realidad en la reflexión especulativa y cerebral, más que en la experiencia humana real en el mundo de la vida cotidiana (Schmidt, 1985).

Heidegger (1962), en su obra *Ser y Tiempo* de 1927, sostuvo que la conciencia no estaba separada del mundo ni de la existencia humana. Este autor hizo una evocación para la corrección existencial de Husserl que interpretaba que las estructuras esenciales son categorías básicas de la experiencia humana y no la conciencia cerebral pura. En 1945, en su obra, *Fenomenología de la Percepción*, Merleau-Ponty (1962) amplió la corrección de Heidegger a fin de incluir la participación activa del cuerpo en la experiencia humana. Merleau-Ponty (1962) trató de reinterpretar la división entre cuerpo y mente común a la filosofía occidental más convencional que la psicología.

Este *giro existencial* de Heidegger y Merleau-Ponty movieron el campo de Husserl de la conciencia intelectual pura a un ámbito de las contingencias de la historia y de la realización. Polkinghorne (2004) y Girogi (1975), señalaron que el mundo de la vida se refiere al mundo cotidiano como es vivido por todos los individuos a priori de las explicaciones e interpretaciones teóricas de cualquier tipo. El mundo de la vida comprende emociones, motivaciones, símbolos y significados, empatía y otros aspectos subjetivos relacionados con la evolución natural de la vida del individuo.

De acuerdo a lo anterior se podría decir que la fenomenología, es la exploración y descripción de los fenómenos que se refieren a cosas o experiencias tal como los seres humanos las experimentan. Cualquier objeto, suceso, situación o experiencia que una persona pueda ver, oír, tocar, oler, gustar, sentir, intuir, conocer, entender, o vivir es un tema legítimo para la investigación fenomenológica. Es por eso que no se puede estudiar desde el punto de vista fenomenológico a la luz, el color, el paisaje, la ceguera, el cambio, la relación, el poder, la crisis o la sociabilidad, entre otros, debido a que estos no adquieren un significado hasta que son experimentados por los seres humanos. Todas estas cosas son un fenómeno porque los seres humanos pueden experimentar, encontrar, o vivir a través de ellos de alguna manera.

Por lo anterior, el objetivo último de la investigación fenomenológica no está en las descripciones idiosincrásicas del fenómeno, aunque estas descripciones son a menudo un punto de partida importante para la fenomenología existencial; más bien, el objetivo es utilizar estas descripciones como piedra angular para crear puntos comunes subyacentes que marquen el núcleo esencial del fenómeno. En otras palabras, el investigador debe prestar atención a casos específicos alrededor del fenómeno, con la esperanza de que estos con ayuda del tiempo, le lleven hacia las cualidades más generales y a las características que describen con precisión la naturaleza esencial de éste.

Supuestos Básicos de un Enfoque Fenomenológico

En los últimos años, han aparecido un creciente número de obras que tratan sobre la relación entre la fenomenología y el mundo académico y profesional (Birch, 1989, 1990, 1991; Embree, 1997; Stewart & Mukunis, 1990), mismas obras se enumeran en la Tabla 1.

Tabla 1. Obras de Fenomenología en Diferentes Disciplinas

Disciplina	Autores	Obra
Antropología	Jackson (1996)	Are: New Directions in Phenomenological Anthropology
Arte	Berleant (1992)	The aesthetics of environment.
	Davis (1989)	Photography and landscape studies.
Disciplina	Autores	Obra
Arte	Eisner (1993)	The emergence of new paradigms for educational research.
	Jones (1989)	Reading the book of nature: A phenomenological study of creative expression in science and painting.
Educación	Fetterman (1988)	Qualitative approaches to evaluation in education: The silent revolution.
	Van Manen (1990)	Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy.

Disciplina	Autores	Obra
Diseño ambiental	Berleant (1992)	The aesthetics of environment.
	Condon (1991)	Radical Romanticism.
	Corner (1990)	A discourse on theory I: "Sounding the depths" origins, theory, and representation.
	Dovey (1993)	Putting geometry in its place: Toward a phenomenology of the design process.
	Mugerauer (1994)	Interpretations on behalf of place: Environmental displacements and alternative responses.
	Howett (1993)	"If the doors of perception were cleansed": Toward an experiential aesthetics for the designed landscape.
	Vesely (1988)	On the relevance of phenomenology.
Geografía	Cloke, Philo & Sadler (1991)	Approaching human geography: An introduction to contemporary theoretical debates.
	Relph (1989)	Responsive methods, geographical imagination and the study of landscapes.
	Relph (1990)	Geographical imagination.
	Seamon (1997)	Phenomenology and behavioral geography.
Gerontología	Reinharz y Rowles (1988)	Qualitative gerontology.
Psicología	Pollio, Henley y Thompson (1997)	The Phenomenology of everyday life.
	Valle (1998)	Phenomenological inquiry in psychology.
Filosofía	Casey (1993)	Getting back into place.
	Casey (1996)	The fate of place: A philosophical history.

Disciplina	Autores	Obra
Ciencias sociales	Rosenau (1992)	Post-modernism and the social sciences: Insights, inroads, and intrusions.
Ciencias naturales	Bortoft (1997)	The wholeness of nature: Goethe's way toward a science of conscious participation in nature.
	Heelan (1983)	Space-perception and the philosophy of science.
	Jones (1989)	Reading the book of nature: A phenomenological study of creative expression in science and painting.
	Riegner (1993)	Toward a holistic understanding of place: Reading a landscape through its flora and fauna. En D. Seamon (Ed.), <i>Dwelling, seeing, and designing: Toward a phenomenological ecology</i> .
	Seamon y Zajonc (1998)	Goethe's way of science: Toward a phenomenology of nature.

En muchos de estos trabajos, los críticos han puesto a la fenomenología dentro de la rúbrica conceptual y metodológica de la investigación cualitativa (Cloke, Philo & Sadler, 1991; Fetterman, 1988; Lincoln & Guba, 1985; Low, 1987). Patton (1990), asocia la fenomenología con otras orientaciones teórico-cualitativo tales como: la etnografía, la investigación heurística, la etnometodología, el interaccionismo simbólico y la psicología ecológica. Este autor sostiene, que, en términos más amplios, todas estas orientaciones presentan variaciones como lo es el caso de la teoría fundamentada de Glaser y Strauss (1967). En otras palabras, estas perspectivas asumen que “los métodos que llevan al investigador en y cerca del mundo real, son con el fin de que los resultados y las conclusiones estén fundamentadas en el mundo empírico” (Patton, 1990, p. 67).

Sin embargo no solo es importante hacer asociaciones con otras orientaciones cualitativas, sino que además hay que resaltar la contribución de la fenomenología en contraste de cada una de ellas. En el caso de la investigación etnográfica, se realizan

estudios con personas o grupos en un lugar y tiempo determinado; en cambio, en un estudio fenomenológico se considera una situación similar en el mundo real que sirva como base para la identificación de patrones generalizables, estructuras y significados. Por otra parte, la perspectiva del interaccionismo simbólico, enfatiza lo más explícito, es decir lo cognitivo derivado de capas de significado; mientras que desde la perspectiva fenomenológica se define el significado de manera más amplia, la cual incluye las dimensiones corporal, visceral, intuitiva, emocional y transpersonales. Sin embargo, tanto el interaccionismo simbólico como la fenomenología examinan los tipos de símbolos y significados que dan sentido a un grupo particular o a la forma de vida y experiencia de una sociedad.

Por lo tanto, la fenomenología puede ser identificada como un estilo de investigación cualitativa, que involucra un concepto particular y una fundamentación metodológica. Aquí hay que destacar dos supuestos generales que marcan el núcleo esencial de un enfoque fenomenológico. Estos supuestos pueden describirse como sigue: La persona y el mundo como parte inseparable e integrante y el empirismo radical. Se hace hincapié en estas dos hipótesis generales, porque el primero se refiere al tema particular de la fenomenología, mientras que el segundo se refiere a la forma en que esa materia debe ser entendida. Se espera que la discusión de estas dos hipótesis, provea una mejor idea de lo que hace distintivo a la fenomenología y de cómo este carácter distintivo puede ofrecer una valiosa herramienta para la comprensión de las experiencias vividas de los individuos.

La Persona y el Mundo Como Parte Inseparable e Integrante

Desde un punto de vista idealista, la función de una persona en el mundo es actuar a través de la conciencia, por lo tanto sabe y forma su mundo. En cambio, desde un punto de vista realista, la persona está en función del mundo ya que visto de esta manera la persona reacciona ante él. Heidegger (1962) afirma que ambas perspectivas están fuera de contacto con la naturaleza de la vida humana, porque suponen una separación y una relación direccional entre la persona y el mundo, misma que no existe en el mundo de la experiencia real vivida. De igual modo, el autor sostenía que las personas no existen fuera del mundo, sino más bien, están íntimamente atrapadas y sumergidas. En otras palabras, no hay una *unidad indisoluble* entre las personas y el mundo (Stewart & Mickunas, 1990). Esta

situación se da siempre, nunca es evitable, es lo que Heidegger llamó *Dasein* o ser-en-el-mundo. No es posible preguntar si la persona hace al mundo o el mundo hace a la persona, porque ambos existen siempre juntos y sólo pueden ser correctamente interpretados en términos de la relación holística, ser-en-el-mundo (Pocock, 1989; Relph, 1989; Seamon, 1990).

En este sentido, la fenomenología substituye la división idealista y realista entre la persona y el mundo, con una concepción en la que los dos son inseparables de un mundo en el que toda persona es una y no dos. Un desafío importante de la fenomenología es, describir la intimidad de esta persona en el mundo, de una manera que legítimamente escape de cualquier dicotomía sujeto-objeto. Un tema amplio que los fenomenólogos han desarrollado para superar esta dicotomía es la intencionalidad, la cual se propone enfatizar que la experiencia humana está constantemente dirigida hacia un mundo que no posee en su totalidad. Por lo tanto, la intencionalidad es una estructura básica de la existencia humana que captura el hecho de que los seres humanos están fundamentalmente relacionados con los contextos en los que viven, o más filosóficamente, que todos han de ser entendidos como ser-en-el-mundo, por lo que se puede afirmar que mediante la fenomenología se puede aproximar al mundo de la vida de las personas.

El Mundo de la Vida

Husserl (1964) fue pionero del concepto *el mundo de la vida* o *experiencia vivida*. Ésta noción no es fácilmente accesible, ya que constituye aquello que se da por hecho o son las cosas de sentido común o insignificante. La fenomenología de Husserl tiene como tarea examinar las experiencias adoptadas que se dan por hecho, saca a la luz las estructuras últimas de la conciencia (las esencias) y lógicamente evalúa el papel de estas estructuras en la determinación del sentido del todo (Dreyfus, 1999). El conocimiento de una persona, el entendimiento, las intenciones y las acciones se originan en la mente y ésta es la fuente de significado y de interpretación (Benner & Wrubel, 1989).

Por lo tanto, el mundo de la vida se refiere al contexto tácito, al contenido y al ritmo de la vida diaria de las personas que tienen una atención reflexiva. El mundo de la vida incluye lo siguiente: la rutina, lo inusual, lo mundano y lo sorprendente; este puede ser una

experiencia ordinaria o extraordinaria que sucede normalmente y está fuera de la vista. Así, los seres humanos no pueden obtener sus experiencias en el mundo de la vida como objeto de la conciencia; sino estas experiencias simplemente ocurren. Consecuentemente la gente no considera la forma en que ocurren, independientemente de que podría ocurrir de manera diferente, sino consideran las estructuras más grandes de la experiencia de la cual podrían ser una parte. La actitud natural y el mundo de la vida refleja respectivamente las dimensiones internas y externas de la esencia fenomenológica, destacado que la gente se encuentra inmersa en un mundo que normalmente se desarrolla de forma automática.

Por su parte y para proporcionar una mayor clarificación, Kvale (1996) plantea que “la filosofía de la fenomenología direcciona las condiciones para el conocimiento de la situación humana; mas no proporciona los métodos específicos para la obtención de un conocimiento empírico de la situación humana” (p. 57). Existe un acuerdo general en el que la estructura y el orden de sentido son difíciles de describir, por lo tanto el objetivo de la investigación fenomenológica es generar una descripción clara, sistemática y precisa del significado de la experiencia vivida e invita a los participantes a compartir sus propias experiencias y responder a su manera (Polkinghorne, 2004; Van Manen, 1990).

Mediante la investigación fenomenológica se puede tener una visión sistemática del contenido mental a través de símbolos que representan el mundo y son manipulados en la mente, lo cual permite que el mundo exterior sea traído a la conciencia interna de los procesos cognitivos. En relación al enfoque descriptivo con una orientación fenomenológica, Giorgi (1992) argumenta que la descripción clarifica el significado de los objetos de la experiencia tal y como se experimentan. En consecuencia, “lo que se muestra se describe precisamente como se muestra a sí mismo” (Giorgi, 1992, p. 127). Para poder hacer una conexión entre la perspectiva fenomenológica y esta descripción de la realidad del individuo se abordará a mayor profundidad el empirismo radical.

Empirismo Radical

El empirismo radical se refiere a la forma particular en que la conexión mundo-persona se va a estudiar. Al usar este término se intenta sintetizar el núcleo del método fenomenológico, indicando una forma de estudio mediante el cual el investigador trata de

estar abierto al fenómeno; lo cual le permitirá mostrar la plenitud y complejidad a través de su propia participación y comprensión. Este método de estudio es considerado de primera mano y está basado en el contacto con el fenómeno así como con la experiencia del investigador; este enfoque puede llamarse empírico, aunque el término se utiliza de manera muy diferente por positivistas científicos. El método fenomenológico puede ser identificado de manera radical, puesto que la comprensión surge directamente de la sensibilidad personal y del conocimiento del investigador. Por lo que para comprender mejor el empirismo radical, se abordará el término *reducción fenomenológica* para poder entender las afirmaciones del método fenomenológico como un empirismo radical.

La Reducción Fenomenológica

La reducción fenomenológica utiliza los términos *epojé* y *poner entre paréntesis* que son sinónimos y significan cambio de actitud; mismo que es necesario para la investigación fenomenológica. El término griego *epojé* fue utilizado por Husserl para llegar a lo que él denominó reducción fenomenológica (Fouché, 1993). Según Cohen y Omery (2003), Husserl también utilizó la metáfora matemática de *poner entre paréntesis o desconectar* cuando se refería a la suspensión del juicio. Dentro de ésta orientación, el investigador intentará suspender todos los juicios hasta que puedan ser fundados sobre una base más segura. En otras palabras, no se puede hablar acerca de la naturaleza de la realidad sin referencia a nuestra propia experiencia de la realidad. En consecuencia, el investigador reduce un problema complejo en sus elementos fundamentales ya que hace caso omiso de lo superfluo. A través de este proceso de reducción se puede comprender realmente el fenómeno objeto de investigación.

A través de *poner entre paréntesis o desconectar*, se supone que el investigador es consciente y tiene entendimiento *teórico* pero este no debe de intervenir al interpretar los datos. Por lo tanto, ésta postura filosófica reconoce el carácter subjetivo y propone que el investigador se despoje de todo pre-juicio. Spielberg (1982) señala que *poner entre paréntesis* contiene dos etapas. La primera etapa, la *reducción eidética* que implica la reducción de los hechos particulares a las esencias generales (eidos). Eidos, palabra griega que significa su forma o su idea, es la esencia de lo que es una *cosa*. La segunda etapa, la

reducción fenomenológica adecuada que permite que los fenómenos vengan directamente a la vista, en lugar de ser vistos y distorsionados a través de nuestras ideas preconcebidas; “porque nosotros suspendemos temporalmente el punto de vista natural o actitud natural” (Cohen & Omery, 2003, p. 139). Esto también ha sido llamado, dar por sentado.

En contraste con lo anterior, Van Manen (1990) y Stewart y Mickunas (1990), agregan que la investigación fenomenológica es la descripción de presuposiciones y que la existencia de sesgo por parte del investigador no puede, ni debe ser eliminado completamente. Estos autores refieren que el investigador fenomenológico también debe examinar cómo sus prejuicios o conocimientos a priori le permiten *ver* y *oír* lo que se describe. Lo anterior se debe a que el fenómeno es estudiado y analizado como parte de la estructura básica de la conciencia. Si se considera esto último, se puede afirmar lo que el método fenomenológico busca, tener una idea de las estructuras, la lógica y las interrelaciones esenciales de la experiencia vivida de las personas; y no establecer leyes universales.

Afirmaciones del Método Fenomenológico Como un Empirismo Radical

El trabajo fenomenológico no se centra sólo en la reducción fenomenológica, sin embargo este punto marca el núcleo del método fenomenológico. Después de haber discutido este núcleo, ahora se pueden hacer las siguientes afirmaciones acerca del método fenomenológico como un empirismo radical: En primer lugar, el estudio debe incluir el contacto directo del investigador con el fenómeno. Si los estudios fenomenologistas de experiencia, son de una persona o de un grupo, entonces se debe buscar que la experiencia sea lo más directa posible con el o los participantes. Las posibilidades metodológicas incluyen la participación del investigador en la experiencia, en la realización de entrevistas a profundidad con la persona o grupo que tengan la experiencia o bien una observación cuidadosa que describa la situación de apoyo siempre relacionada con la experiencia. Por lo tanto, el investigador debe facilitar por sí mismo un acercamiento con el fenómeno a través de una exposición prolongada.

En segundo lugar, el fenomenólogo debe asumir que no conoce el fenómeno, pero que desea conocerlo. Idealmente, el fenomenólogo se acerca al fenómeno como un principiante, de hecho, la fenomenología es a menudo definida como una “ciencia de los comienzos” (Stewart y Mickunas, 1990, p. 5). Considerando que en la investigación positivista, un investigador suele comenzar sin saber lo que no sabe, el fenomenólogo debe partir de que no sabe lo que no ha experimentado. Por lo que es necesario que el investigador adapte sus métodos a la naturaleza y circunstancias del fenómeno ya que un conjunto de procedimientos que funcionan para un problema fenomenológico pueden ser inadecuados para otros. En este sentido, el instrumento central para descifrar el fenómeno es el investigador fenomenológico por sí mismo. En otras palabras, el investigador debe ser directo y flexible frente al fenómeno.

Por último, dado que el investigador como instrumento humano es el núcleo del método fenomenológico, los métodos específicos de investigación que utiliza deben representar la experiencia humana en términos de experiencia. Los mejores métodos fenomenológicos, por lo tanto, son aquellos que permiten que la experiencia humana surja en una forma no estructurada y multidimensional. Un ejemplo de esto es el que se sigue en el formato de la entrevista cualitativa, donde el investigador está abierto a los encuestados y siempre adaptando sus preguntas.

Métodos Específicos Fenomenológicos

Habiendo examinado, en líneas anteriores algunos de los componentes centrales del método fenomenológico, lo siguiente es examinar algunas formas específicas metodológicas de la investigación fenomenológica. En su mayor parte, han sido los psicólogos, especialmente aquellos asociados con lo que se ha dado en llamar la *Escuela de Psicología fenomenológica de Duquesne*, quienes han tratado de establecer métodos fiables y de procedimientos para la realización de la investigación fenomenológica empírica (Giorgi, Barton & Maes, 1983; Valle, 1998; Moustakas, 1994). Sobre la base de las denominaciones de la escuela Duquesne, el fenomenólogo y psicólogo Von Eckartsberg (1998), analiza dos enfoques metodológicos, los cuales llamó: enfoque existencial y enfoque hermenéutico. También se añade un tercer enfoque, el cual se puede denominar de

primera persona, éste último basado en el campo de la experiencia más cercana al investigador, el cual podría ser considerado el más idóneo para la descripción de la experiencia vivida del individuo.

Investigación Fenomenológica-Existencial

La base para la generalización en la investigación fenomenológica-existencial es la experiencia concreta de determinados individuos y grupos involucrados en situaciones y lugares reales (Von Eckartsberg, 1998). Los psicólogos fenomenológicos, en particular los relacionados con la Escuela Duquesne, han dedicado considerables esfuerzos a establecer un conjunto claro de los procedimientos y técnicas de este estilo de la fenomenología (Valle, 1998). Para Von Eckartsberg (1998), el núcleo de este planteamiento es “el análisis de los datos proporcionados por el protocolo de investigación [encuestados] en respuesta a una pregunta formulada por el investigador que descubre y guía su recuerdo y reflexión” (p. 13).

En concreto, se habla de cuatro etapas en el proceso: (a) identificar el fenómeno en el que el fenomenólogo está interesado, (b) recopilar relatos descriptivos de los encuestados respecto a su experiencia del fenómeno, (c) estudiar cuidadosamente las experiencias de los encuestados con la objetivo de identificar las posibles similitudes y patrones subyacentes, y (d) presentar los resultados, tanto para el estudio de los encuestados (en forma de “interrogación” sobre el estudio en el lenguaje ordinario) y otros investigadores (en la forma de presentación académica). El enfoque fenomenológico-existencial hace un supuesto importante en su demanda para la generalización de los datos. El enfoque supone una cierta equivalencia de significado para los encuestados, cuya experiencia corresponda a lo planteado por los investigadores. En otras palabras, la afirmación es que “la gente comparta cultural y lingüísticamente determinadas experiencias” (Von Eckartsberg, 1988, p. 15).

Esta afirmación significa que los encuestados (a) deben haber tenido la experiencia en investigación y (b) deben ser capaces de expresarse con claridad y coherencia en lenguaje hablado, escrito o gráficamente, en función de las herramientas específicas utilizadas para estimular el recuento de la experiencia. Idealmente, los encuestados también

sienten un interés espontáneo en el tema de investigación, ya que pueden motivar la preocupación personal del encuestado para proporcionar descripciones vividas más completas y precisas (Shertock, 1998, p. 162).

Estos requisitos implican que la investigación no se lleva a cabo, como en la ciencia positivista, en una muestra aleatoria de personas representativas de la población a la que los resultados serán generalizables. Por el contrario, algunas de las respuestas serán más apropiadas que otras debido a su situación particular en relación con el fenómeno estudiado o porque parecen más perceptivos, por lo tanto son más capaces en articular su experiencia. Hay un procedimiento etapa por etapa para llevar a cabo la investigación fenomenológica-existencial, pero en la práctica va más allá de las etapas generales expuestas. Como se explicó anteriormente, el estilo individual del investigador y la naturaleza específica del fenómeno son mucho más importantes para establecer el procedimiento y las herramientas de descripción.

Investigación Fenomenológica Hermenéutica

La hermenéutica es la teoría y la práctica de la interpretación (Mugerauer, 1994). En particular la interpretación de los textos, puede ser cualquier objeto material o expresión tangible imbuida de alguna manera con sentido humano; por ejemplo, un documento público, un diario personal, un poema, una canción, una pintura, una danza, una escultura, un jardín, y así sucesivamente. De esta manera, se entiende a la hermenéutica como una actividad de reflexión en el sentido etimológico del término, es decir, una actividad interpretativa que permite la captación plena del sentido de los textos en los diferentes contextos por los que ha atravesado la humanidad. Interpretar una obra es descubrir el mundo al que ella se refiere en virtud de su disposición, de su género y de su estilo (Ricoeur, 1984).

El punto clave de la hermenéutica es que el creador del texto no suele estar disponible para hacer comentarios sobre su significado, por lo que el investigador hermenéutico debe encontrar maneras de descubrir significados a través del propio texto. Como Von Eckartsberg (1998) describe, el proceso hermenéutico es cómo uno mismo se interesa en el proceso de involucrarse en el texto, se inicia por percibir configuraciones de

significado de las partes, de las totalidades y de sus interrelaciones, recibiendo ciertos mensajes y visiones de un desarrollo de separación que invitan a ser articuladas y relacionadas con la estructura total del significado. El enfoque hermenéutico parece entonces palpar su objeto y hacer espacio para que el objeto pueda revelarse y hablar de su propia historia en nuestro entendimiento.

Así mismo, se considera a la hermenéutica como una teoría general de la interpretación, dedicada a la atenta indagación del autor y su obra textual; por lo tanto, quien quiere lograr la comprensión de un texto tiene que desplegar una actitud receptiva dispuesta a dejarse decir algo por el argumento. Pero esta receptividad no supone ni neutralidad frente a las cosas, ni auto anulación, sino que incluye una concertada incorporación de las propias ideas, opiniones y prejuicios previos del lector. Lo importante entonces es que el lector debe hacerse cargo de sus propios prejuicios con el fin de que el texto mismo pueda presentarse en el acontecer de su verdad y obtenga la posibilidad de confrontar su verdad objetiva con sus conocimientos u opiniones del lector.

La pretensión de la verdad hermenéutica, ha permitido al intérprete rastrear la experiencia de la verdad, buscarla, indagar sobre ella como práctica realizable y como el arte de interpelar, conversar, argumentar, preguntar, contestar, objetar y refutar; derogando de una manera lógica el discurso unívoco que nos está siguiendo en la actualidad. Hans Georg Gadamer (1900-2002), Martín Heidegger (1889-1976), los italianos Luigi Pareyson (1918-1991), Gianni Vattimo y el francés Paul Ricoeur (1913) asumen una posición en torno al problema de la verdad y del ser, siendo la verdad definida como fruto de una interpretación y, el ser como (mundo y hombre), donde el lenguaje es la relación más primaria entre el ser y el hombre.

Así mismo, Gadamer (2005) intenta demostrar cómo la hermenéutica, indica no sólo el procedimiento de algunas ciencias, o el problema de una recta interpretación de lo comprendido, sino que se refiere al ideal de un conocimiento exacto y objetivo, siendo la comprensión el carácter ontológico originario de la vida humana que deja su impresión en todas las relaciones del hombre con el mundo, pues el comprender no es una de las posibles actitudes del sujeto, sino el modo de ser de la existencia como tal. En su obra titulada *Verdad y Método* (1991) expone claramente el intento filosófico, y no metodológico de su

investigación, al explicar que la esencia de su indagación no es de ningún modo fijar una serie de normas o técnicas del proceso interpretativo como la hermenéutica más antigua. El objeto revelado del análisis gadameriano, es más bien el de sacar a la luz las estructuras transcendentales del comprender, o sea, clarificar los modos de ser, en que se concreta el fenómeno interpretativo.

En conclusión se puede decir que el problema es eminentemente comprensivo-explicativo, pues toda comprensión es siempre una interpretación, donde se centra la idea del reenvío circular entre las partes y el todo de los textos (palabra, frase, contexto, obra, autor, ambiente histórico entre otros). Así cuando el intérprete practica los principios arriba descritos, va más allá de los niveles de univocidad del lenguaje y amplía la riqueza significativa de la interpretación.

Investigación Fenomenológica en Primera Persona

En la investigación fenomenológica de primera persona, el investigador utiliza su propia experiencia acerca del fenómeno, como base para el examen de sus características y cualidades específicas (Chaffin, 1989; Lane, 1988; Seamon, 1992; Shaw, 1992; Toombs, 1995; Wu, 1991). Uno de los usos más sensibles y exhaustivos de la investigación en primera persona, fue el trabajo de Toombs (1995), quien vive con esclerosis múltiple, una enfermedad incurable, que afecta su habilidad para ver, escuchar, sentarse y estar de pie. En su trabajo, que más ampliamente se puede describir como una fenomenología de la enfermedad, ella demuestra cómo las nociones fenomenológicas proporciona “pistas importantes sobre los trastornos profundos del espacio y del tiempo que son un elemento integral del cambio de capacidades físicas tales como la pérdida de la movilidad” (Toombs, 1995, p. 9).

El Método Toombs implica una dialéctica continua entre las nociones fenomenológicas entendidas conceptualmente versus su concreción como conocimiento directo de su propia experiencia vivida. Por ejemplo, para proporcionar una comprensión de cómo la pérdida de movilidad de la persona con discapacidad la lleva a una interacción cambiante con el mundo circundante, Toombs relata con detalle una experiencia típica de su viaje en avión a una conferencia profesional. En un momento de su relato describe:

“Una vez en la terminal me voy a la confirmación de las líneas aéreas en el mostrador. En mi silla de ruedas eléctrica, me acerco al mostrador, el cual está aproximadamente a medio metro de mi cabeza. Todas mis operaciones con la persona que está detrás del mostrador tienen lugar a nivel de la oreja. La persona detrás del mostrador, casi se viene encima de mí para darme mis boletos, entonces debo alzar mi cuello y gritar para poder ser escuchado” (p. 14).

De esos ejemplos de vida, Toombs las señaló como generalizaciones fenomenológicas, por ejemplo, describió cómo su pérdida de la postura erguida se refiere a nociones más profundas de lo que Merleau-Ponty reconoce como “la intencionalidad del cuerpo y la transformación del estilo corporal” (Merleau-Ponty, 1962, p. 76). Así, la pérdida de equidad no se limita a los problemas de locomoción, sino también incluye dimensiones más profundas de la experiencia, como la disminución de nuestra propia autonomía y la tendencia de las personas capaces, de tratar a las personas con discapacidad como dependientes o incluso subnormales.

Otra forma en la cual el enfoque de la primera persona se puede utilizar en la fenomenología, es como un lugar de partida, en el cual el fenomenólogo puede traer a la conciencia su ideas preconcebidas y prejuicios respecto a la experiencia de ser investigados a fin de que el investigador tenga menos posibilidades de imponer estos sesgos en la interpretación del fenómeno (Shertock, 1998; Colaizzi, 1973). En este sentido, si el fenomenólogo tiene acceso a su propia experiencia con el fenómeno de estudio, entonces la investigación de primera persona puede ofrecer la claridad y la visión basada en la propia vida. Esta comprensión se deriva del mundo de uno, sin embargo, el investigador debe encontrar formas de involucrar a los mundos de los demás.

Comentarios Finales

Este capítulo revisó la perspectiva fenomenológica, que tiene como fin último explorar el significado de las experiencias de vida en un individuo. Se presentaron dos hipótesis principales del enfoque fenomenológico: (a) que las personas y el medio ambiente forman un todo indivisible y (b) que el método fenomenológico se puede describir en términos de un empirismo radical. Asimismo, se consideraron tres métodos específicos

fenomenológicos: (a) Investigación Fenomenológica-Existencial, (b) Investigación Fenomenológica Hermenéutica y (c) Investigación Fenomenológica en Primera Persona.

De acuerdo a Spiegelberg (1982), cada problema fenomenológico requiere necesariamente un punto de partida diferente, de un método y de una forma de presentación, por lo tanto, se hace difícil delimitar un conjunto de reglas, etapas, procedimientos o formatos. En contraste, los estudios fenomenológicos que tratan sobre la relación entre la perspectiva de la fenomenología y el mundo académico y profesional, han dado sólo una discusión mínima a las cuestiones metodológicas, en parte porque la perspectiva fenomenológica tiene pocos partidarios y porque estudios del mundo real han surgido de las ideas de filósofos fenomenologistas como Heidegger y Merleau-Ponty, quienes llegan a conclusiones en gran medida sobre la base de la reflexión personal y no a través de un método más amplio que corrobore o valide dichas conclusiones.

El estudio de las enfermedades crónicas, y de otras manifestaciones de los procesos de salud y enfermedad, a través del enfoque de la fenomenología, constituye una opción importante en el campo de las ciencias sociales. La fenomenología permite acceder a otros mundos de interpretación y significación diferentes a los de los profesionales; mundos que es necesario conocer si se pretende proporcionar atención integral a los problemas de salud de la población.

Referencias

Benner, P. & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring: Stress and coping in health and illness*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley.

Berleant, A. (1992). *The aesthetics of environment*. Philadelphia, PA: Temple University Press.

Birch, R. (1989). On phenomenology and its practices [part I], *Phenomenology pedagogy*, 7, 187-217.

- Birch, R. (1990). On phenomenology and its practices [part II], *Phenomenology pedagogy*, 8, 131-152.
- Birch, R. (1991). On phenomenology and its practices [part III], *Phenomenology pedagogy*, 9, 167-193.
- Bortoft, H. (1997). *The wholeness of nature: Goethe's way toward a science of conscious participation in nature*. Hudson, New York: Lindesfarne Press.
- Chaffin, V. F. (1989). Dwelling and rhythm: The Isle Brevelle as a landscape of home. *Landscape Journal*, 7, 96-106.
- Casey, E. S. (1993). *Getting back into place*. Bloomington: Indiana University Press.
- Casey, E. S. (1996). *The fate of place: A philosophical history*. Berkeley: University of California Press.
- Cloke, P., Philo, C., & Sadler, D. (1991). *Approaching human geography: An introduction to contemporary theoretical debates*. New York: Guildford Press.
- Cohen, M. & Omery, A. (2003). Escuelas de Fenomenología: Implicaciones para la investigación. En J. Morse (Ed.). *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa* (160-182). Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia.
- Condon, P. M. (1991). Radical Romanticism. *Landscape Journal*. 10, 3-8.
- Conrad, P. (1987) The experience of illness: Recent and new directions. En P. Conrad y J. Roth. *The experience and management of chronic illness. Research in the Sociology of Health Care*, 6. Greenwich, CT: JAI Press, 1-31.
- Colaizzi, P. (1973). *Reflection and research in phenomenology: A phenomenological study of learning*. Dubuque, IA: Kendall-Hunt.
- Corner, J. (1990). A discourse on theory I: "Sounding the depths"—origins, theory, and representation. *Landscape Journal*. 9, 61-78.

- Davis, T. (1989). Photography and landscape studies. *Landscape Journal*. 8, 1-12.
- Dovey, K. (1993). Putting geometry in its place: Toward a phenomenology of the design process. En D. Seamon (Ed.), *Dwelling, seeing and designing: Toward a phenomenon-logical ecology* (pp. 247-269). Albany, New York: SUNY Press.
- Dreyfus, H. L. (1999). *Being-in-the-world: A commentary on Heidegger's being and time, division 1*. Cambridge, Massachusetts: The MIT Press.
- Eisner, E. W. (1993). The emergence of new paradigms for educational research. *Art Education* (November). 50-55.
- Embree, L. (1996). *The encyclopedia of phenomenology*. Dordrecht, the Netherlands: Kluwer.
- Fetterman, D. M. (1988). *Qualitative approaches to evaluation in education: The silent revolution*. New York: Praeger.
- Fouché, F. (1993). Phenomenological theory of human science. En J. Snyman (Ed.), *Conceptions of social inquiry*, (pp. 87-112). Pretoria, South Africa: Human Science Research Council.
- Gadamer, H. G. (2005). *Verdad y método. Fundamentos de una hermenéutica filosófica*, tr. Ana Agud Aparicio y Rafael de Agapito. Salamanca; Sígueme.
- Giorgi, A. (1975). An application of the phenomenological method on psychology. En A. Giorgi, C. Fisher, & E. Murray (Eds.), *Duquesne studies in phenomenological psychology*, (pp. 82-103) Pittsburgh: Duquesne University Press.
- Giorgi, A. (1992). Description versus interpretation: Competing alternative strategies for qualitative research. *Journal of Phenomenological Psychology*. Pittsburgh: Duquesne University Press.
- Giorgi, A., Barton, A. & Maes, C (1983). Duquesne studies in phenomenological psychology. *Journal of Phenomenological Psychology*. 4. Pittsburgh: Duquesne

University Press.

Glaser, B. G. & Straus, A. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine.

Heelan, P. A. (1983). *Space-perception and the Philosophy of Science*. Berkeley: University of California Press.

Heidegger, M. (1962). *Being and time*. New York: Harper & Row.

Howett, C. (1993). "If the doors of perception were cleansed": Toward an experiential aesthetics for the designed landscape. En D. Seamon (Ed.), *Dwelling, seeing, and designing: Toward a phenomenological ecology*, (pp. 61-73). Albany, New York: SUNY Press.

Husserl, E. (1964). *Ideas relativas a una fenomenología pura y a una filosofía fenomenológica*. México: Fondo de la Cultura Económica.

Jackson, M. (1996). *Things as They Are: New Directions in Phenomenological Anthropology*. Bloomington: University of Indiana Press.

Jones, E. (1989). *Reading the book of nature: A phenomenological study of creative expression in science and painting*. Athens, OH: Ohio University Press.

Kvale, S. (1996) *Interviews: An introduction to qualitative research interviewing*. California: Sage.

Lane, B. (1988). *Places of the sacred: Geography and narrative in American spirituality*. New York: Paulist Press.

Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, California: Sage.

Low, S. M. (1987). Developments in research design, data collection, and analysis: qualitative methods. En G. T. Moore and E. Zube (Eds.), *Advances in environment, behavior and design*, 1, (pp. 279-303). New York: Plenum.

- Merleau-Ponty, M. (1962). *The Phenomenology of perception*. New York: Humanities Press.
- Menéndez, E. L. (1997). El punto de vista Del actor. *Relaciones*, 69, 237-270.
- Moustakas, C. (1994). *Phenomenological research methods*. Newbury Park, CA: Sage.
- Mugerauer, R. (1994). *Interpretations on behalf of place: Environmental displacements and alternative responses*. Albany, New York: SUNY Press.
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods* (2nd ed). Newbury Park, CA: Sage.
- Pocock, D. C. D. (1989). Humankind-environment: Musings on the role of the hyphen. En F. W. Boal and D. N. Livingston (Eds.), *The behavioral environment*, (pp. 82-90). London: Routledge.
- Polkinghorne, D. (2004). *Practice and the human sciences: The case for a judgment-based practice of care*. Albany: State University of New York Press.
- Pollio, H. R., Henley, T. & Thompson, C. B. (1997). *The Phenomenology of everyday life*. Cambridge University Press.
- Riegner, M. (1993). Toward a holistic understanding of place: Reading a landscape through its flora and fauna. En D. Seamon (Ed.), *Dwelling, seeing, and designing: Toward a phenomenological ecology*, (pp.181-215). Albany, New York: SUNY Press.
- Reinharz, S. & Rowles, G (1988). *Qualitative gerontology*. New York: Springer
- Relph, E. (1989). Responsive methods, geographical imagination and the study of landscapes. En A. Kobayashi & S. Mackenzie (Eds.), *Remaking human geography*, (pp. 149-163). Boston: Unwin Hyman.
- Relph, E. (1990). Geographical imagination. *National Geographical Journal of India*, 36, 1-9.

- Ricoeur, P. (1984). *La metáfora viva*. Buenos Aires Editorial Megápolis.
- Rosenau, P. M. (1992). *Post-modernism and the social sciences: Insights, inroads, and intrusions*. Princeton: Princeton University Press.
- Schmidt, J. (1985). *Maurice Merleau-Ponty: Between phenomenology and structuralism*. NY: St. Martin's.
- Seamon, D. (1990). Awareness and reunion: A phenomenology of the person environment relationship as portrayed in the New York photographs of André Kertész. En L. Zonn (Ed.) *Place images in the medi*, (pp. 87-107). Totowa, New Jersey: Roman and Littlefield.
- Seamon, D. (1992). A Diary interpretation of place: Artist Frederic Church's *Olana*. En D. G. Jannelle (Ed.), *Geographical snapshots of North Americ*, (pp. 78-82). New York: Guilford Press.
- Seamon, D. (1997). [Phenomenology and] behavioral geography. En L. Embree (Ed.), *Encyclopedia of phenomenology*, (pp.110-112). Dordrecht, the Netherlands: Kluwer.
- Seamon, D. & Zajonc, A. (1998). *Goethe's way of science: Toward a phenomenology of nature*. Albany, NY: SUNY Press.
- Shaw, S. (1992). Returning home. *Phenomenology pedagogy*. 8, 21-30.
- Shertock, T. (1998). Latin American women's experience of feeling able to move toward and accomplish a meaningful and challenging goal. En R. Valle (Ed.), *Phenomenological inquiry in psychology*, (pp.157-174). New York: Plenum.
- Spielberg, H. (1982). *The phenomenological movement* (3a. Ed.) The Hahus: Martinus Nijhoff.
- Stewart, D. & Mukunas, A. (1990). *Exploring phenomenology: A guide to the field and its literature* (2a ed.). Athens, Ohio: Ohio University Press.

- Toombs, S. K. (1995). The lived experience of disability, *Human Studies*. 18, 9-23.
- Valle, R. (1998). *Phenomenological inquiry in psychology*. New York: Plenum.
- Van Manen, M. (1990). *Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy*. The Althouse Press. Ann Arbour, Michigan.
- Vesely, D. (1988). On the relevance of phenomenology. En S. Perrella (Ed.), *Form; being; absence: Pratt journal of architecture*, 2: 54-60. New York: Rizzoli
- Von Eckartsberg, R. (1998). Introducing existential-phenomenological psychology. En R. Valle (Ed.), *Phenomenological inquiry in psychology*, (pp. 3-20). New York: Plenum.
- Wu, Z. (1991). The lived experience of being a foreigner. *Phenomenology Pedagogy*. 9, 266-270.

CAPÍTULO III.- PSICOLOGÍA CONSTRUCTIVISTA: EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN

Gloria Margarita Gurrola Peña

Patricia Balcázar Nava

José Antonio Virseda Heras

Alejandra Moysén Chimal

Juana Ma. Esteban Valdés

Julietta Garay López

Universidad Autónoma del Estado de México

Resumen

El presente capítulo tiene como objetivo el describir los antecedentes de la psicología constructivista en general y de manera particular, la aplicación de la Teoría de los Constructos Personales en el ámbito clínico y de la salud. Mediante dos ejemplos se explica la aplicación de la Técnica de la Rejilla para la identificación de los conflictos cognitivos que impiden a los clientes completar el ciclo de la experiencia y por lo tanto abandonar el síntoma y lograr el funcionamiento óptimo. Así mismo, se describe la intervención centrada en los conflictos, la cual por su flexibilidad permite la incorporación de técnicas provenientes de otras orientaciones. Se concluye destacando la importancia de ésta aproximación para alcanzar el éxito terapéutico.

Introducción

El constructivismo es una posición epistemológica que teniendo hondos raíces en la filosofía de la ciencia ha logrado posicionarse en dos campos primordiales de la psicología: la evaluación y la intervención. En psicología, los modelos de evaluación e intervención son guiados por los supuestos que sustentan a la teoría. Al respecto, uno de los principales supuestos es la visión que se tenga de la naturaleza humana, la cual a pesar de que el constructivismo es una familia interdisciplinar es compartida por todas ellas: las personas

no tienen acceso directo a la realidad externa, singular, estable y totalmente cognoscible. Al contrario, toda comprensión de la realidad está inmersa en el contexto, se forja interpersonalmente y es necesariamente limitada (Neimeyer, 1996). Es así que los seres humanos pueden construir activamente su realidad personal ya que son seres activos e interpretadores.

La noción de construcción personal se puede ubicar a lo largo del tiempo según sus exponentes más prominentes:

Jean Piaget. Según Piaget (1967), el conocimiento no surge del objeto ni del sujeto, sino de la interacción entre ambos. Conocer algo es asimilarlo a un esquema o estructura de conocimiento y asimilar significa incluir un acontecimiento o actividad en esquemas ya existentes. Los factores que influyen en el desarrollo de los esquemas son: entorno físico, social y la maduración. Los dos primeros son condiciones facilitadoras para el desarrollo de los esquemas, pero no necesariamente los generan, sin embargo el tercer factor es fundamental, ya que se trata de un factor interno de autorregulación que percibe la autocontradicción que se da en el conocimiento del sujeto y que reduce el desequilibrio mediante la construcción de nuevos esquemas. Para Piaget (1964), esta tendencia al equilibrio representa la tendencia más profunda de la actividad humana.

George Kelly. Kelly (1955), con lo que en inicio se conoció como alternativismo constructivo y posteriormente como teoría de los constructos personales, remarca la capacidad humana de construir el ambiente en que se vive. No se niega la existencia de una realidad objetiva, solo se considera que muchas veces ésta es diferente a la construida por las personas, de hecho para este autor no existe evento alguno que no pueda tener una construcción alternativa.

Ernst von Glaserfeld. Este autor introduce el constructivismo radical al afirmar que las personas nunca llegan a conocer lo que es el mundo, la construcción propia no puede llegar a una correspondencia con éste.

Humberto Maturana. Maturana (2003), afirma que no existe una realidad independiente al observador, fuera del observador no existe nada. Al estar construyendo,

las personas se están relatando a sí mismas eventos acordes a la orientación dominante generada por su propio sistema de constructos los cuales sirven para una interacción efectiva con el medio y la conservación de la propia organización.

Según Feixas y Cornejo (2000), las contribuciones constructivistas de la psicología son notables, especialmente los de la teoría de los constructos personales de Kelly ya que además de su papel pionero como psicólogo constructivista su teoría está siendo desarrollada por representantes posteriores en los campos de la personalidad, evaluación y tratamiento.

Teoría de los constructos personales: evaluación e intervención

Postulados. George Kelly (1955), formula su teoría explicitando su visión del ser humano, en un postulado fundamental y once corolarios que explican el cómo la persona construye su mundo y su experiencia. Respecto a su visión del ser humano, Kelly utiliza la analogía del ser humano como científico (Feixas y Villegas, 2000), en el sentido de que las personas adquieren su comprensión del mundo mediante la construcción y revisión de modelos mentales (Gurrola, 2003). Cuando Kelly define el hombre como científico lo define como quien busca el control y predicción de los hechos, no como quien busca la verdad de los mismos (Moreno-Jiménez, 2005).

En concordancia con lo anterior, Kelly (1955, 1991), en su postulado fundamental indica que los procesos de una persona están psicológicamente canalizados por la forma en que anticipa los acontecimientos. En otras palabras las experiencias, pensamientos, sentimientos, comportamientos, y demás, están determinados no solamente por la realidad, sino por los esfuerzos personales de anticipar el mundo a otras personas y a la persona misma. Según Moreno-Jiménez (2005), cuando Kelly habla de una anticipación de los acontecimientos se está refiriendo a la existencia en cada sujeto de una estructura cognitiva que constituye el mundo propio de la persona y crea su propio espacio de conducta. La anticipación de los acontecimientos indica la existencia de una <<replica cognitiva>> de la realidad que orienta la conducta, la emoción, la motivación y los esquemas cognitivos específicos.

La estructura cognitiva o sistema de construcción se basa en los constructos personales, los cuales son dimensiones de conciencia basadas en contraste de significados. Estas dimensiones de conciencia o constructos personales se forman por los procesos de diferenciación e integración, es decir, de encontrar semejanzas y diferencias entre los distintos hechos. Los constructos no son más cognitivos que emocionales o conductuales, tiene una naturaleza global y no implican necesariamente un soporte lingüístico, no son conceptos ya que éstos pertenecen al ámbito de la lógica, los constructos no son lógicos o ilógicos, son personales, son guías o elementos de discriminación para la conducta cotidiana, planes de acción para el control de la realidad que pueden ser válidos o inválidos y que por lo tanto están en continua reformulación (Moreno-Jiménez, 2005). Es así como la persona experimenta su vida teniendo en cuenta series de hechos de los cuales abstrae los temas recurrentes y sus contrastes. Este doble proceso de abstraer y contrastar define la construcción de que el mundo se haga (Landfield y Leitner, 1998).

En los once corolarios de construcción Kelly elabora las implicaciones de su postulado fundamental, de esta forma profundiza lo que antes presentó de manera mínima y esquemática (Botella y Feixas, 1998).

1. Corolario de la Construcción. “La persona anticipa los eventos construyendo sus réplicas” (Kelly, 1955/1991, p 35). Se construyen las anticipaciones usando las experiencias pasadas, tomando en cuenta el postulado fundamental éste sería el paso que va de la teoría a la hipótesis o sea desde el sistema de construcción (conocimiento, construcción, etcétera.) a la anticipación.
2. Corolario de la Individualidad. “Las personas difieren entre sí respecto a su construcción de los acontecimientos” (Kelly, 1955/1991, p 38). Dado que cada una de las personas tiene experiencias distintas, la construcción de la realidad de cada una es diferente.

Corolario de la Organización, “Cada persona desarrolla característicamente, para su conveniencia en la anticipación de los acontecimientos, un sistema de construcción que implica relaciones ordinales entre constructos” (Kelly, 1955/1991, p 39). Los constructos no están flotando sin conexión alguna, si esto fuera seríamos incapaces de anticipar y no se

podría unir la información. Algunos constructos están jerárquicamente subordinados a otros.

Corolario de la Dicotomía, “El sistema de construcción de una persona se compone de un número finito de constructos dicotómicos ” (Kelly, 1955/1991, p 41). A los constructos personales también se les llama constructos bipolares ya que poseen dos extremos o polos, los cuales permiten discriminar entre valores extremos y sus matices.

Corolario de la Elección, “La persona escoge para sí misma aquella alternativa de un constructo dicotómico mediante la que anticipa una mayor posibilidad de extensión y definición de su sistema” (Kelly, 1955/1991, p 45). La persona adjudica un valor de deseabilidad o indeseabilidad a cada polo del constructo, con lo cual selecciona la actuación que le permita una mayor comprensión o habilidad para anticipar la experiencia.

Corolario del ámbito, “Un constructo sólo es conveniente para la anticipación de un ámbito finito de acontecimientos” (Kelly, 1955/1991,p 48). Cualquier constructo no es válido para todo, por ejemplo, macho-hembra es para la mayoría de las personas algo de importancia cuando se aplica a seres humanos y animales superiores, muy pocas personas aplican el género a insectos ya que se encuentra fuera del rango de conveniencia del constructo de género.

Corolario de la Experiencia, “El sistema de construcción de una persona varía a medida que construye las réplicas de los acontecimientos” (Kelly, 1955/1991, p 50). La construcción de la experiencia se considera un proceso de contraste de predicciones, seguido de su validación o invalidación, el sistema de constructos personales cambia a medida que se construyen nuevas experiencias. Así la teoría personal se va refinando progresivamente haciéndose más predictiva e internamente consistente (Bottella y Feixas, 1998).

Corolario de la Modulación, “La variación en el sistema de construcciones de una persona está limitada por la permeabilidad de los constructos en cuyo ámbito de conveniencia se encuentran las variantes” (Kelly, 1955/1991, p 54). Algunos constructos son permeables, lo que significa que están abiertos a ampliar el rango donde se sitúan, por

ejemplo el constructo bueno-malo generalmente es bastante permeable ya que se le pueden añadir nuevos elementos como pueden ser personas, animales o cosas. Otros constructos son relativamente impermeables por ejemplo el constructo fluorescente-opaco por lo /eneral solo se aplican a cosas que brillan.

Corolario de Fragmentación, “Una persona puede emplear sucesivamente varios subsistemas de construcción inferencialmente incompatibles entre sí” (Kelly, 1955/1991, p 58). A lo largo de la vida los cambios en un subsistema de constructos van siendo acomodados en un subsistema supraordenado para que sean compatibles. Por ejemplo el deseo de independencia de los padres puede evolucionar al deseo de relaciones familiares satisfactorias.

Corolario de Comunalidad, “Los procesos psicológicos de dos personas serán similares en la medida en que una emplee una construcción de la experiencia similar a la de la otra” (Kelly, 1955/1991, p 63). Si se comparte la misma cultura, grupo de referencia, estatus, etc, se tiene una base de similaridad y por lo tanto la construcción de las experiencias, comportamientos y sentimientos también serán similares.

Corolario de Sociabilidad, “Una persona puede jugar un rol en un proceso social que implica a otra en medida en que construya los procesos de construcción de aquella” (Kelly, 1955/1991, p 66). Aunque una persona no sea similar a otra, igualmente se pueden relacionar entre sí. En otras palabras, la persona se puede situar en una situación aledaña a sí mismo y tratar de ser o construir como la otra persona para socializar.

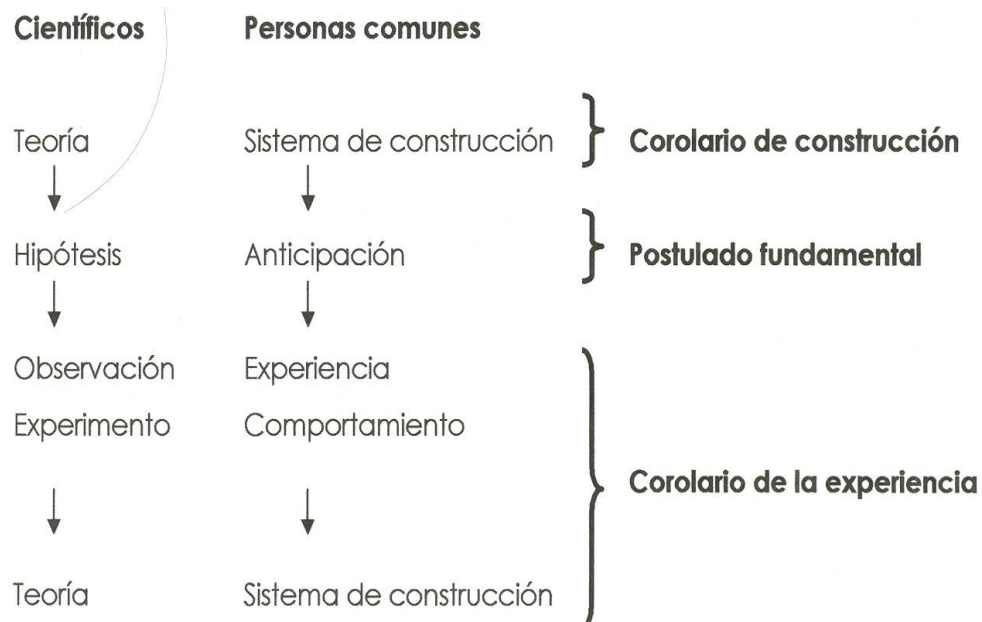
Para una visión esquemática del modelo se ha resumido en la Figura 1.

Desde ésta perspectiva constructivista (Feixas, Villegas, 2000) se cree que la persona hace lo que hace, y siente lo que siente, de acuerdo con su construcción de la realidad, de sí misma y de los demás (Feixas, 2003). Dicha construcción se lleva a cabo mediante los constructos personales los cuales son patrones de interpretación que permiten predecir y comprender los acontecimientos (Botella y Feixas, 1998). Los constructos no son dimensiones aisladas, sino que están organizados jerárquicamente en un sistema (red de constructos). En dicha red hay constructos más nucleares que otros, formando en su

conjunto el mapa desde el cual se vive el territorio interaccional. Los constructos nucleares configuran la identidad del sujeto y son, por tanto, más resistentes al cambio, mientras que los periféricos permiten construir aspectos de la experiencia que no son centrales o que no implican necesariamente la identidad. Esto explica por qué se cambia en algunas cosas y no en otras. Se es coherente con la estructura nuclear, prefiriendo a veces el sufrimiento a perder la coherencia (Feixas, 2003).

Figura 1.

➤ **La metáfora “hombre el científico”**



Para Walker (1992) la Teoría de los Constructos Personales sustenta que el funcionamiento humano óptimo no reside en la búsqueda de la felicidad, homeostasis, adaptación o autonomía, sino que consiste en la extensión y definición continua de las teorías personales sobre el mundo y sobre nosotros mismos. Kelly (1955) afirma que una persona sana es aquella que se aventura a explorar lo desconocido y experimenta las emociones de vivir en los límites de su propia experiencia.

La determinación de los procesos psicológicos óptimos es equiparable a la definición de salud mental, razón por la cual Kelly (citado en Bannister, 1977) bosqueja el “ciclo completo de la experiencia”, el cual fue formalizado posteriormente por Neimeyer (1985). De acuerdo con los autores antes citados, la experiencia humana transcurre por varias fases tomando como base la capacidad de elaborar anticipaciones y contrastarlas:

Fase de anticipación: Implica la creación de hipótesis personales acerca del curso probable de un acontecimiento. Dichas hipótesis se derivan de los constructos supraordenados que conforman la teoría personal. Por ejemplo, ante la posibilidad de una relación amorosa una persona puede poseer la hipótesis de que saldrá lastimada. Esta anticipación ha sido confirmada previamente en sus relaciones anteriores.

Fase de implicación: Se puede decir que es la forma en que las personas salen al encuentro de la experiencia, podría equipararse en cierta medida con la actitud que se adopta ante las experiencias. De esta manera y siguiendo el ejemplo anterior, la persona puede implicarse de manera cautelosa en su nueva relación.

Fase de encuentro: Implica la disposición a operacionalizar la hipótesis de que se trate y contrastarla con la realidad. El resultado del contraste puede ser una confirmación o la desconfirmación de la anticipación (Botella y Feixas, 1998). Es así como en el ejemplo anterior la persona puede confirmar su anticipación si se ve implicada en una relación abusiva, o bien desconfirmarla ante una relación cálida y respetuosa.

Fase de confirmación/desconfirmación: Siempre va acompañada de manifestaciones emocionales. En nuestro ejemplo, la confirmación de la anticipación puede ir acompañada de sentimientos de tristeza y desencanto, o bien al verse desconfirmada, acompañarse de bienestar y alegría.

Fase de revisión constructiva: Es una fase de especial relevancia ya que, en el caso de que la anticipación se invalide, se hace necesario reflexionar sobre el contexto donde se generó la hipótesis original y revisar ciertos constructos supraordenados al que se ha invalidado. Por ejemplo, al invalidarse la anticipación de que las relaciones amorosas hieren, la persona tiene que reflexionar sobre las circunstancias de sus relaciones anteriores y reconstruir su constructo supraordenado acerca de las relaciones interpersonales.

Por último, el ciclo de la experiencia se cierra en sí mismo al incorporarse los resultados de la revisión constructiva del sistema de hipótesis a las anticipaciones futuras. Es así como la persona reconstruye su sistema haciéndolo cada vez más predictivo internamente, contrastable y comunicable.

Por lo anterior y teniendo en cuenta que cualquier actividad de la persona está mediada por su propia construcción de la misma es muy importante profundizar en el estudio de los procesos estructuras y contenidos que dan forma a dicha construcción subjetiva (Feixas y Villegas, 2000) y que influyen en la evaluación e intervención psicológica.

Evaluación. Botella y Feixas (1998) afirman que la finalidad última de la evaluación constructivista no es la clasificación en una categoría diagnóstica fija y estable, sino un “diagnóstico transitorio” que posibilite poder convertir la evaluación psicológica en una fase del proceso de intervención terapéutica. En este sentido, un modelo de evaluación que se aplica en un contexto clínico debe tener como finalidad el generar hipótesis que puedan orientar la intervención ya que básicamente es un proceso de co-construcción de la demanda terapéutica (Gurrola, 2009).

Para lo anterior, la Teoría de los Constructos Personales ha elaborado un conjunto flexible y variado de formas de evaluación, que combinan lo intrapsíquico con lo

interpersonal; lo poco estructurado con las metodologías formales; lo cuantitativo con lo cualitativo; y lo hermenéutico con lo psicométrico. Neimeyer y Neimeyer (1992) dividen estas técnicas de la siguiente manera:

Las orientadas a la estructura del sistema de constructos: aquí se incluyen la Técnica de la Rejilla, las técnicas de escalamiento y la técnica ABC de Tschundi.

Las orientadas al proceso de construcción: en este apartado se incluyen el análisis de autocaracterizaciones y la técnica del nudo, la cual ofrece un análisis de situaciones familiares conflictivas.

Por su amplio rango de aplicación en el ámbito clínico (Feixas, 1990; Feixas, Saúl, Ávila & Sánchez, 2001; Feixas, Saúl, Winter & Watson, 2008; Montesano, Feixas & Varlotta, 2009; Senra, Feixas & Fernandes, 2010; Montesano, Feixas & Vilaregut, 2010) y en el ámbito de la salud (Lucero, Feixas & Saúl, 2003; Benasayag, Feixas, Mearin, Saúl & Laso, 2004; Feixas, Cipriano y Varlotta, 2007; Feixas, Montebruno, Dada & del Castillo Compañ, 2010), la técnica de la rejilla es la más utilizada ya que se puede evaluar una amplia variedad de construcciones en los campos intrapersonal e interpersonal y su formato es muy adaptable a su contexto de administración.

La rejilla por su forma de administración y su fundamento teórico, es más equiparable a una entrevista estructurada que a un test psicométrico tradicional. Esta característica junto con su flexibilidad, potencia matemática y su fundamento fenomenológico la convierte en una forma de evaluación sumamente útil en la práctica psicológica, pues permite construir mapas considerablemente sofisticados del mundo del cliente en sus propios términos (Botella y Feixas, 1998).

De manera específica y dadas sus implicaciones terapéuticas, la técnica de la rejilla resulta de particular relevancia para la detección de conflictos cognitivos, los cuales se refieren al cómo la persona construye el síntoma. Lo anterior debido a que se ha encontrado que los síntomas pueden llegar a ser un modo de vida para el cliente y una parte de su identidad (Fransella, 1970); estos se tienden a preservar por no tener dimensiones de significado para poder anticiparse a uno mismo en relación a los demás (Button, 1983), o

bien, se presentan con una lógica altamente consistente puesto que representan creencias que están fuertemente arraigadas (Winter, 1982).

Al respecto se identifican tres tipos de conflictos cognitivos, constructos dilemáticos, dilemas implicativos y conflictos triádicos, según impliquen uno, dos o tres constructos respectivamente (Feixas, 2003). Debido a que los dos últimos implican un tratamiento estadístico para su identificación, el presente capítulo se centrará en los constructos dilemáticos.

Específicamente, cuando la persona muestra constructos dilemáticos es que no ha desarrollado construcciones viables de significado, lo cual puede mantenerle en situaciones de inseguridad y de falta de movilidad ya que no avanza para completar el ciclo de la experiencia. En la rejilla se pueden detectar visualmente los constructos dilemáticos al observar la puntuación asignada al elemento “yo ideal” ya que un puntaje de cuatro implica una indefinición para elegir en ese constructo en particular, de tal manera que la persona no logra identificar idealmente las ventajas o desventajas de dicho constructo para su vida lo cual la lleva a una situación de indefinición en todas las esferas de su ser.

Específicamente la técnica requiere de las siguientes fases para su aplicación:

Elicitación de elementos: Requiere de una lista de roles interpersonales, así como uno o dos elementos del sí mismo. Esta lista de roles se obtiene de los genogramas, historia o situación de los sujetos, los cuales permiten seleccionar a las personas más significativas de su mundo. Pueden estar presentes los siguientes roles: yo actual, padre, madre, hermano (a) afín, hermana (o) no afín, pareja, suegro, suegra, persona que me traicionó, hija(o) no afín, hijo(a) afín, yo ideal. Dada la adaptabilidad de la técnica se pueden incluir elementos según sea el caso, por ejemplo en casos de maltrato se puede incluir el elemento agresor o yo antes de la violencia, en casos de personas con enfermedades crónicas se pueden incluir los roles del médico, yo antes de la enfermedad o la persona más sana que conozco.

Elicitación de constructos: Este procedimiento implica preguntas de similitud entre los elementos ¿Cuál es la característica que tienen en común estas dos personas? Y preguntas de diferencia ¿En qué se diferencian estas dos personas? Lo anterior le permite al

investigador registrar en los renglones de la derecha los polos de los constructos.

Puntuación: El entrevistado asigna una puntuación de 1 a 7 a cada uno de los elementos tomando en cuenta cada constructo elicitado. A manera de ejemplo se presentan dos rejillas contestadas, la primera es la de una mujer que vive en relación de violencia desde hace 9 años y que a pesar de haber sufrido lesiones graves y haber demandado a su pareja en varias ocasiones, lo ha terminado perdonando y sigue viviendo en este tipo de relación (ver Figura 2). La segunda es de una persona con diabetes que a pesar de haber sido diagnosticado desde hace tres años persiste en sus conductas de no adherencia al tratamiento (ver Figura 3).

En el caso de la mujer que vive en situación de maltrato se pueden observar cuatro constructos dilemáticos, ella no sabe si lo más conveniente es ser “responsable-irresponsable”, “dominante-sumisa”, “explosiva-paciente” o bien “aguantadora-impaciente”.

Por su parte, la persona diagnosticada con diabetes encuentra difícil verse como “sano-enfermo”, “triste-feliz”, “valiente-miedoso”, “dependiente-independiente”, “preocupado-relajado” o bien “fuerte-débil”.

Implicaciones para la intervención. En el primer ejemplo, la presencia de constructos dilemáticos en la mujer que vive en situación de maltrato indica problemas en el corolario de elección en el cual la persona elige para sí el polo de constructo que le permite mayor anticipación ya que la persona cae en un doble problema al no poder elegir ninguna opción que le permita la elaboración constructiva (Kenny, 1984). A esta dificultad personal se le suma el peso de ciertas valoraciones sociales como los preconceptos de familia unida y de la mujer como sostén de esa unión además de la existencia de una historia a veces feliz con la pareja. La significación social y psicológica de estas ideas es muy importante en ésta mujer ya que desde su perspectiva el ser “aguantadora vs impaciente”, “explosiva vs paciente”, “responsable vs irresponsable”, “dominante vs sumisa” son alternativas que tienen ventajas y desventajas, pero en su situación ninguno de polos es bueno por lo cual no sabe a dónde ir lo que la mantiene en una situación de reserva y falta de acción.

Figura 2. Mujer que Vive en Relación de Violencia

Fecha: 07/02/06		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Nombre: María																
Rejilla número:		YO ACTUAL	YO ANTES	PADRE	MADRE	HERMANO AFIN	HERMANO NO AFIN	PAREJA	SUEGRA	SUEGRO	PERSONA QUE ME TRATA COMO TERAPEUTA	AGRESOR	HIO NO AFIN	HIO AFIN	YO IDEAL	
1. Responsable	1. Irresponsable	3	3	3	3	3	5	7	3	3	1	4	1	2	3	4
2. Animosa	2. Apagada	5	2	3	3	2	6	3	5	5	3	1	5	2	1	1
3. Frio	3. Cariñosa	6	3	2	6	7	5	2	1	1	1	6	1	6	3	6
4. Pecadora	4. consciente	6	1	5	1	5	5	7	7	7	5	7	7	5	6	7
5. Positiva	5. Negativa	1	6	5	5	3	3	7	7	7	7	1	7	3	3	1
6. Despreocupada por ella	6. Preocuparse por ella	7	1	6	1	6	2	5	5	5	5	7	6	3	3	7
7. Flojo	7. Activo	3	7	3	4	2	6	1	7	5	6	5	5	3	3	7
8. Dominante	8. Sumiso	4	7	1	2	5	5	1	1	1	1	4	1	3	5	4
9. Desenvuelta	9. Reprimido	2	7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	5	1
10. Explosiva	10. Paciente	6	7	1	5	5	7	1	1	1	1	4	1	3	5	4
11. Pensativa	11. Aventada	6	1	7	5	7	2	7	7	7	7	4	7	6	3	7
12. Limitante	12. Desordenada	3	7	1	7	6	7	1	1	1	1	4	1	3	3	3
13. Platicadora	13. Callada	1	7	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	1	5	1
14. Aguantadora	14. Impaciente	1	5	1	5	5	5	1	1	1	1	4	1	7	3	4
15. Segura	15. Inseguridad	1	7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	5	1
16. Seco	16. Amistoso	7	3	1	7	7	7	1	1	1	1	7	1	7	7	7
17. Organizada	17. Desorganizada	3	7	3	3	3	7	3	1	2	2	2	2	7	6	1
18. Autoritario	18. Sin autoridad	3	7	1	2	5	6	1	1	1	1	4	1	2	2	2
19.	19.															
20.	20.															
21.	21.															

1. Muy	4. Punto medio	5. Un poco
2. Bastante		6. Bastante
3. Un poco		7. Muy

Figura 3. Persona con Diabetes

Fecha:		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Nombre: Luis																
Rejilla número:		YO ACTUAL	YO ANTES DIABETES DE DIABETES	YO EN 6 MESES	HUO	MEDICO TRATANTE	PERSONA SANA	OTRO SIGNIFICATIVO	YO IDEAL							
1. Enfermo	1. Sano	3	6	4	1	7	6	3	4							
2. Triste	2. Feliz	3	7	4	1	7	7	3	4							
3. Satisfecho	3. Insatisfecho	6	2	4	6	2	2	5	3							
4. Valiente	4. Miedoso	5	2	6	5	3	1	5	4							
5. Dependiente	5. Independiente	7	2	2	2	5	5	3	4							
6. Preocupado	6. Relajado	3	5	4	1	7	5	5	4							
7. Cansado	7. Descansado	1	5	1	1	7	6	2	2							
8. Sociable	8. Retraído	3	2	3	3	1	2	1	3							
9. Apoyado	9. Sin apoyo	3	2	3	3	3	2	3	2							
10. Irritable	10. Tranquilo	4	4	3	5	5	6	5	3							
11. Fuerte	11. Débil	5	3	6	7	3	1	2	4							
12. Solo	12. Acompañado	3	5	4	5	7	6	5	5							
13. Valioso	13. Insignificante	4	4	4	3	1	2	3	3							
14. Aceptado	14. Rechazado	5	2	6	5	3	2	3	3							
15. Desordenado	15. Ordenado	5	6	7	6	6	5	6	6							
16. Con dolor	16. Sin dolor	3	7	2	2	7	6	6	2							
17. Achacoso	17. Sin achaques	5	7	2	2	6	6	3	7							

1. Muy	4. Punto medio	5. Un poco
2. Bastante		6. Bastante
3. Un poco		7. Muy

Respecto a los constructos elicitados, parecen tener una raíz común, el ser

aguantadora y paciente o bien el ser impaciente y explosiva. Lo anterior desde la postura de los constructos personales donde, en la atribución de significado, lo personal y lo colectivo mantienen una relación dialéctica y el lenguaje vehiculado por la cultura facilita y a la vez restringe la estructura narrativa de las propias construcciones (Botella y Feixas, 1998), permite explicar porque para esta mujer es difícil decidir mostrarse como aguantadora y paciente o bien impaciente y explosiva. Esto debido a que desde las primeras agresiones los mensajes externos van en el sentido de paciencia para esperar que el agresor cambie, resignación para aceptar su destino, el hombre hace uso de su potestad correctora y por último ella no ha sabido integrar a su comportamiento femenino las habilidades para no provocar a su pareja (Lorente, 2001).

De particular relevancia es el constructo dilemático “responsable vs irresponsable” que muestra la mujer que ha dado los primeros pasos para salir de su relación violenta mediante acciones legales. Desde una perspectiva constructivista las valoraciones de responsabilidad constituyen un factor clave en la persistencia de pensamientos, imágenes y conductas mientras por el contrario la irresponsabilidad tiene que ver con consideraciones de traición y de perder el aprecio de los demás (Bello & Sánchez, 2003). Es así como esta mujer duda entre ser responsable y seguir manteniendo una relación donde el dolor es cotidiano o bien mostrarse irresponsable abandonando dicha relación a costa del dolor de perder el aprecio de los demás.

En este mismo sentido, Hawton, Salkovskis, Kirk y Clark (1989) indican que un exceso de responsabilidad aunada a la sumisión puede deberse a las prácticas de crianza. Lo anterior retrata claramente los estilos patriarcales en cuyo funcionamiento familiar se sobrevaloran el cumplimiento a las normas y el miedo a la culpa y donde la responsabilidad de mantener la familia unida recae en la mujer aun a costa de sacrificar sus necesidades personales.

En general los resultados de la evaluación permiten entender en gran medida ciertos aspectos de la paralización de ésta mujer que vive en situaciones de violencia explicada bajo la luz de los dilemas con los que enfrenta su lucha por diaria por sobrevivir. Por otra parte, permiten visualizar alternativas de intervención orientadas a los constructos dilemáticos mediante la técnica de escalamiento dialéctico y la reconstrucción de

narrativas en el sentido de visualizarse como una sobreviviente al maltrato y por lo tanto con poder para poner fin a su situación.

Respecto al ejemplo de la persona con diabetes, se debe tomar en cuenta que existe una enfermedad real, en este caso la diabetes tipo 2, pero esta realidad es construida de manera diferente por las personas que la padecen. Lo anterior es el resultado de la interacción de factores personales y sociales que intervienen en el proceso de enfermar y va a determinar el significado que se le proporcione proporcionado (Galán, Blanco y Pérez, 2001). El esquema cognitivo del paciente con diabetes gira en torno a la definición del padecimiento, que da sentido y significado a las acciones y conductas posteriores (García, Salcedo & López, 2006). Dichas acciones y conductas son llamadas de manera general “adherencia al tratamiento” y consiste en un comportamiento que busca producir un resultado terapéutico deseado (Martín, 2003).

Este paciente, no muestra adherencia al tratamiento y se puede observar en su rejilla que presentan dificultad para dar significación a su padecimiento; “sano-enfermo”, “valiente-miedoso”, “triste-feliz”, “dependiente-independiente”, “preocupado-relajado” y “fuerte-débil” son los dilemas a los que se enfrenta. Según el corolario de comunalidad (Kelly, 1955), las personas pertenecientes a un mismo grupo tienden a tener las mismas construcciones para representar los acontecimientos y construir la experiencia, es así como la representación personal y social de la enfermedad se torna importante en el momento de definirse como enfermo, ya que la definición de la enfermedad va aparejada con la definición de la identidad. Tradicionalmente en la cultura occidental la enfermedad ha sido vista como algo que irrumpe y que viene a quitarle a la personas algo equiparable a la libertad y a la felicidad (Vega, 2002; Moreno, 2007). Esto explica por qué para el diabético no controlado es tan difícil concebirse como enfermo, ya que asumirse como tal implica ser una persona incompleta, dependiente, débil, con miedo, preocupado y triste.

La detección de los dilemas deben ser tomados muy en cuenta para la intervención psicológica ya dan cuenta de la postura que ésta persona asume ante su padecimiento y la forma en que puede ser manejado y atendido, ya que cualquier propuesta de tratamiento deberá también ser construida por la propia persona e integrada dentro de su sistema de construcción previo. En esta construcción juegan un papel relevante el mantenimiento y

aceptación de pautas terapéuticas orientadas al cambio para lograr una mejor calidad de vida.

Por otra parte, la ausencia de cambio desde esta perspectiva no se considera un fenómeno patológico o autofrustrante, sino una expresión natural y autoprotectora que representa el intento por mantener la integridad de un sistema que se experimenta a sí mismo como si se viera empujado muy rápidamente más allá de los límites de su funcionamiento habitual (Feixas, Saúl, Winter, & Watson, 2008). Es por lo anterior que si en la intervención simplemente se presiona para que se produzca un cambio hacia el polo deseable de los constructos personales, se puede desencadenar en el cliente una serie de acciones (tradicionalmente etiquetadas como resistencias) orientadas a preservar su sentido de identidad y el poder predictivo de sus constructos.

Al detectar los conflictos cognitivos y trabajar con ellos se intenta revelar la coherencia de las acciones del cliente de acuerdo a su sistema de construcción, de esta manera el trabajo terapéutico al respetar ésta coherencia aumentará la calidad de la alianza terapéutica y evitará acciones opuestas al cambio. Desde este enfoque se entiende la psicoterapia como un proceso de co-construcción que toma principalmente en consideración el sentido de coherencia del cliente, pero al mismo tiempo se busca un espacio flexible que le permita la elaboración de una construcción alternativa. En este ambiente la persona se siente aceptada y se reduce su ansiedad por lo que al considerar construcciones alternativas puede llegar a completar el ciclo de la experiencia.

Es por lo anterior que bajo esta perspectiva, el cambio humano requiere tolerancia para construir la invalidación y apertura para la reconstrucción de la experiencia: algunos constructos personales deben volverse permeables a diferentes y nuevas experiencias de vida. El proceso de invalidar una construcción disfuncional debe ser gradual y cuidadoso.

En general la intervención terapéutica es diseñada progresivamente mediante la incorporación de diferentes estrategias dirigidas a las necesidades del cliente previamente identificadas, así como la reconstrucción de un ambiente seguro para la identidad. Las estrategias que pueden ser incorporadas son las siguientes:

Trabajo Narrativo: La intervención inicia explorando la historia narrativa del conflicto a lo largo de la vida del cliente y en su vida diaria actual. Se asume que el conflicto cognitivo es parte de la historia y fue muy importante en el proceso de construcción de la experiencia problemática. El recolectar esos episodios puede ayudar a entender cuáles experiencias particulares se encuentran involucradas en los conflictos. La intervención narrativa permite validar la experiencia del conflicto cognitivo pero de manera más importante permite al cliente buscar mecanismos personales para afrontarlo y por lo tanto decantarse por una construcción que le permita completar el ciclo de la experiencia.

Trabajo Experiencial: Si bien el trabajo narrativo muestra la escisión del sí mismo ante el conflicto cognitivo, se requiere del trabajo experiencial para invalidar dicha escisión y promover la aceptación de los sentimientos y necesidades. Para lo anterior se utiliza la estrategia del dialogo de las dos sillas en la cual se invita al cliente a que imagine un dialogo entre las dos autoimágenes asociadas al constructo dilemático. Del anterior dialogo emerge la expresión de sentimientos y necesidades que gradualmente cambian el significado y sentido del conflicto.

Trabajo Metafórico: Para consolidar los nuevos sentidos encontrados en el trabajo experiencial, se invita al cliente a encontrar una metáfora para ésta experiencia. La reconstrucción metafórica se focaliza en un nuevo ciclo de la experiencia donde la persona se puede mover del conflicto cognitivo a una experiencia más validante para el sí mismo.

Conclusiones

El constructivismo implica que cada persona elabora una propia representación mental de la realidad. La anticipación de los acontecimientos da cuenta de la existencia de una réplica cognitiva de dicha realidad que orienta la conducta, la emoción, la motivación y los esquemas cognitivos específicos. Ésta mediatización de los hechos es algo abiertamente reconocido hoy día.

Desde la Teoría de los Constructos Personales, las personas comunes al igual que los científicos elaboran teorías acerca de sí mismos, los otros y el mundo mediante

unidades de significado llamadas constructos, los cuales forman una estructura que guía el involucramiento y la construcción de la experiencia humana.

En el ámbito de la psicología, la técnica de la rejilla como instrumento de evaluación proporciona gran cantidad de información sobre el sistema de construcción del cliente. Esta información es relevante para la intervención, puesto que se basa en los propios términos de la persona y no en las categorías de quien lo evalúa.

Es así como el estudio de la construcción de la sintomatología en términos de conflictos cognitivos, permite entender la coherencia del cliente respecto al no cambio y a la vez establecer estrategias negociadas para trabajar en construcciones alternativas en las que el conflicto no aparece y por lo tanto el ciclo de la experiencia se completa y la persona logra funcionar óptimamente respondiendo a sus sentimientos y necesidades.

La evaluación e intervención constructivista en las áreas de la psicología clínica y de la salud se muestran como excelentes estrategias para promover el cambio personal dada su flexibilidad para ser adaptadas a cada caso en particular. Así mismo ésta flexibilidad permite incorporar técnicas de intervención específicas provenientes de otras aproximaciones para trabajar con los conflictos de los clientes y de esa manera asegurar el progreso terapéutico.

Referencias

- Bannister, D. (1977). *New perspectives in personal construct theory*. London: Academic Press.
- Bello, A. & Sánchez, V. (2003). “esponsabilidad excesiva desde una perspectiva cognitive-constructivista. Tratamiento de un caso. *Acción Psicológica*, 2, 165-172.
- Benasayag, R. Feixas, G., Mearin, F., Saúl, L.A., & Laso, E. (2004). Conflictos cognitivos en el Síndrome del Intestino Irritable (SII): un estudio exploratorio. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 105-119.

- Botella, L. & Feixas, G. (1998). *Teoría de los Constructos Personales: Aplicaciones a la práctica psicológica*. Barcelona: Laertes.
- Button, E.J. (1983). *Construing the anorexic*. Toronto: Academic Press.
- Feixas, G. (1990). Evaluación familiar constructivista: La vertiente epistemológica, teórica y metodológica de un modelo integrador. *R:A:E.N*, X(35), 487-506.
- Feixas, G. & Villegas, M. (2000). *Constructivismo y Psicoterapia*. Bilbao: Descleé de Brouwer, x
- Feixas, G., Saúl, L.A., Ávila, A., & Sánchez, V. (2001). Implicaciones terapéuticas de los conflictos cognitivos. *Revista Argentina de Psicología Clínica*, X(1), 5-13.
- Feixas, G. (2003). La técnica de Rejilla en la orientación personal: Estudio de un caso. *Psicología em Revista*, 10(14), 65-81.
- Feixas, G., Cipriano, D., & Varlotta, N. (2007). Somatización y conflictos cognitivos: Estudio exploratorio con una muestra clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVI, 197-203.
- Feixas, G., Saúl, L.A., Winter, D., & Watson, S. (2008). Un estudio naturalista sobre el cambio de los conflictos cognitivos durante la psicoterapia. *Apuntes de Psicología*, 26(2), 243-255.
- Feixas, G., Montebruno, C., Dada, G., & del Castillo, M. (2010). Self-construction, cognitive conflicts nad polarization in bulimia nervosa. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(3), 445-457.
- Fransella, F. (1970). Stuttering: Not a symptom but a way life. *British Journal of Communication Dosorders*, (5), 22-29.
- Galan, A., Blanco, A., & Pérez, M. A. (2001). Análisis del concepto de conducta de enfermedad: Un acercamiento a los aspectos psicosociales del enfermar. *Annales de Psicología*, 16(2), 157-166.

- García, J.E., Salcedo, A. L. & López, B. (2006). Una aproximación al conocimiento cultural de la diabetes mellitus tipo 2 en el occidente de México. *Desacatos*, (21), 97-108.
- Gurrola, G. M. (2003). *Construcción personal y psicopatología: El constructivismo en psicología*. México: UAEM.
- Gurrola, G. M., Balcázar, P., & Bonilla, M. P. (2009). Evaluación clínica mediante un modelo constructivista. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 1(1), 90-105.
- Haeton, K., Salkkovskis, P. Kirk, J., & Clark, D. (1989). *Cognitive behavior theraphy for psychiatric problems: A practical guide*, Oxford; University Press.
- Kelly, G. (1955). *The Psychology of personal constructs (Vols. 1 -2)*. New York ; Norton.
- Kelly, G. (1991). *The Psychology of personal constructs (Vols. 1 -2)*. London: Routledge.
- Kenny, V. (1984). *An introduction to the Personal Construct Psychology of George Kelly*. Recuperado de <http://www.oikos.org.vincpcp.htm>.
- Landfield, A. W. & Leitner, L. (1998). *Personal construct psychology: Personality and Psychotherapy*. New York: Human Science Press.
- Lorente, M. (2001). *Mi marido me pega lo normal*. España: Ares y Mares.
- Lucero, C. Feixas, & G., Saúl, L.A. (2003). Constructos personales y perfil sintomático en la etapa del climaterio: Un estudio exploratorio. *Anuario de Psicología*, 34(3), 371-383.
- Maturana, H. (2003). *Desde la biología a la psicología*. Buenos Aires: Lumen.
- Montesano, A., Feixas, G., & Varlotta, N. (2009). Análisis de contenido de constructos personales en la depresión. *Salud Menta*, 32(5), 371-379.
- Montesano, A., Feixas, G., & Vilaregut, A. (2010). *Identidad y narrativa en la distimia: Análisis de contenido de constructos personales*. , Barcelona: U.A.B.

- Moreno, L. (2007). Reflexiones sobre el trayecto de salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica. *Salud Pública en México*, 49(001) 63-70.
- Moreno-Jiménez, B. (2005). La Psicología de los constructos personales: historia, presupuestos y alcance de la teoría. *Estudios de Psicología*, (23/24), . 57-65.
- Neimeyer, R. (1985). *Constructivism assesment: A casebook*. London: Sage.
- Neimeyer, R. (1996). *Evaluación constructivista.*, Barcelona, España; Paidós.
- Neimeyer, G. & Neymeyer, R. (1992). *Constructivism assesment: A casebook*. Londres; Sage.
- Piaget, J. (1964). *Seis estudios en psicología*. México: Trillas.
- Piaget, J. (1967). *Logique at conaissance scientifique encyclopedie de la pleidade*. Paris: Gallimard.
- Senra, J., Feixas, G., & Fernandes, E. (2010). Manual de intervención en dilemas implicativos. *Revista de Psicoterapia*, XVI(63/64) 179-201.
- Vega, L. (2002). Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud. *Reseña Histórica*, 44(3), 258-265.
- Walker, B. (1992). Values and Kelly's theory: Becoming a good scientist. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 3, 43-49.
- Winter, D.A. (1982). Construct relationships, psychological disorder and therapeutical change. *British Journal of Medical Psychology*, 55, 257-269.

CAPÍTULO IV.- MODELO DE CONDUCTA SEXUAL EN HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES: TEORÍA DE RANGO MEDIO MODIFICADA.

Carolina Valdez Monter

Dora Julia Onofre Rodríguez

Universidad Autónoma de Nuevo León

Lubia Castillo Arcos

Universidad Autónoma del Carmen

Fuensanta López Rosales

José Moral de la Rubia

Raquel Alicia Benavides Torres

Universidad Autónoma de Nuevo León

Resumen

El VIH es un problema de salud pública, existen más de 35.3 millones de personas en el mundo con esta infección. El VIH se transmite principalmente por relaciones sexuales anales, vaginales y orales sin uso del condón. Los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) son la población que se encuentra más vulnerable a la infección. Los teóricos Pender, Murdaugh y Parsons (2011) señalan que los HSH son considerados una población vulnerable, ya que se encuentran mayormente predispuestas a desarrollar problemas de salud, por lo general experimentan peores resultados de salud y tienen menos recursos para mejorar sus condiciones. Pender, Murdaugh y Parsons (2011) proponen el Modelo de Promoción de la Salud (MPS) para explicar o predecir un comportamiento de salud. Para este trabajo se propone realizar una teoría de rango medio modificada titulada “Modelo de Conducta Sexual en HSH” (MCONSEX), para comprender la conducta sexual de los HSH.

Una teoría de rango medio es una coherente articulación de un conjunto de conceptos que describen y explican las relaciones de un fenómeno en particular (Meleis, 2012). De acuerdo a Fawcett (2005), la teoría de rango medio por lo general tiene un número limitado de conceptos y proposiciones y son más operacionales y susceptibles a

probarse. Para realizar la teoría de rango medio modificada de la conducta sexual en HSH (MCONSEX) se utilizaron los cinco pasos de Walker y Avant (2011) y los cinco pasos propuestos por Fawcett (1999). Primeramente se utilizaron los pasos de Walker y Avant (2011). El primer y segundo paso se refieren a identificar y familiarizarse con el tema de interés, el tercer paso se refiere a la selección de la teoría para realizar la derivación. Por lo cual para este proyecto de investigación se seleccionaron algunos conceptos del MPS, el cuarto paso hace referencia a la identificación del contenido y estructura de la teoría o modelo. Por último el quinto paso se refiere al desarrollo y redefinición de nuevos conceptos y proposiciones del MCONSEX, para ello se propuso utilizar la técnica conceptual-teórico-empírico (C-T-E) de Fawcett (1999). Esta técnica está integrada por cinco pasos: (a) Identificación de los conceptos, (b) Clasificación de los conceptos de la teoría de rango medio, (c) Identificación y clasificación de las proposiciones, (d) Organización jerárquica de las proposiciones, y (e) Construcción del diagrama C-T-E.

El uso de teorías en los estudios de investigación permite ser una guía práctica para la explicación y comprensión de los fenómenos de estudio. Es indispensable que la teoría seleccionada sea la adecuada y apropiada para la explicación del estudio. Asimismo, las teorías y modelos existentes cuentan con conceptos muy generales y un tanto abstractos, es por ello que las teorías de rango medio permiten que los fenómenos de estudio sean más específicos. Los investigadores pueden hacer uso de la derivación teórica propuesta por Walker y Avant (2011) o bien la aplicación de la derivación C-T-E de Fawcett (1999) o ambas metodologías. Es importante señalar que para la construcción de teoría de rango medio el investigador debe utilizar su creatividad para usar las metodologías que se señalaron, de manera que pueda aportar una mejor explicación del fenómeno a estudiar.

Introducción

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario. En las etapas más avanzadas de la infección surge el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (Sida) que tiene serias repercusiones en la salud de los individuos al aparecer las infecciones oportunistas. El VIH es un problema de salud pública, ya que viven más de 35.3 millones de personas en el mundo con esta infección

(World Health Organization [WHO], 2013). El VIH se transmite principalmente por relaciones sexuales anales, vaginales y orales sin uso del condón (Center for Disease Control and Prevention [CDC], 2015). Las relaciones sexuales anales sin protección son el tipo de sexo que mayor riesgo conlleva de infección de VIH, debido a que pueden causar cortes o laceraciones en el recto y el virus puede entrar con mayor facilidad. En los hombres con preferencias sexuales hacia su mismo sexo o ambos, se presentan más el sexo anal en las relaciones casuales sin protección, lo que constituyen las situaciones de mayor riesgo (Mustanski, Newcomb, Du Bois, Garcia, & Grov, 2011).

En relación a la epidemiología del VIH se ha determinado el término de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y este se refiere a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, independientemente de si tienen relaciones sexuales con mujeres o si tienen a nivel particular o social una identidad homosexual, gay, bisexual o travesti. Este concepto es útil porque también incluye a los hombres que se autodefinen como heterosexuales, pero que pueden tener relaciones sexuales ocasionales con hombres (Isacco, Yallum & Chromik, 2012).

Pender, Murdaugh y Parsons (2011) señalan que los HSH son considerados una población vulnerable. Las poblaciones vulnerables se refieren a diversos grupos de personas que corren el mayor riesgo en su salud física, psicológica y social. Están mayormente predispuestas a desarrollar problemas de salud, por lo general experimentan peores resultados de salud y tienen menos recursos para mejorar sus condiciones. Las poblaciones vulnerables incluyen a todas las personas que experimentan discriminación, estigma, intolerancia, subordinación, los que están políticamente marginados y privados de sus derechos. Es por ello que los HSH son considerados vulnerables, donde los factores sociales y ambientales juegan un papel importante para caracterizarlos.

Asimismo, existen diversos factores en los HSH que pueden estar influyendo en las prácticas sexuales riesgosas para ITS-VIH/Sida. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) señala que dentro de los factores o determinantes de la salud, se incluye la edad, ingreso económico, nivel de escolaridad, las características individuales considerando los factores psicológicos y cognitivos. También, el entorno social tales como

la interacción con los demás y las situaciones en las que las personas se enfrentan y que pudieran estar influyendo en las conductas que realizan.

Es por ello que los profesionales de la salud realicen propuestas investigación enfocada a la comprensión y explicación de los fenómenos para disminuir riesgos a la salud. Por tanto, es indispensable utilizar enfoques teóricos que sirvan como guía para los proyectos de investigación, específicamente las teorías de rango medio son más concretas y aportan mayor explicación a los fenómenos propios de enfermería. Éstas tienen la ventaja de que cuentan con un número limitado de conceptos que están definidos operativamente; así, como de proposiciones que muestran claridad en sus relaciones, lo que permite su prueba empírica. Fawcett (2005) y Meleis (2012) señalan que las teorías de rango medio son herramientas apropiadas para sustentar los cuidados de los individuos por parte de los profesionales de enfermería, ya que generan explicaciones de los fenómenos íntimamente ligados a la práctica de enfermería. Sin embargo, estas estrategias pueden ser utilizadas por todos los profesionales de la salud interesados en la utilización y aplicación de la metodología. Las teorías de rango medio son muy útiles para definir claramente los conceptos a explicar del fenómeno de estudio. Por lo cual, en el presente trabajo se muestra la utilización del Modelo de Promoción de la Salud (MPS) de Pender, Murdaugh y Parsons (2011) para comprender la conducta sexual de los HSH y a su vez se propone la teoría rango medio modificada “Modelo de conducta sexual en HSH” (MCONSEX).

Modelo de Promoción de la Salud

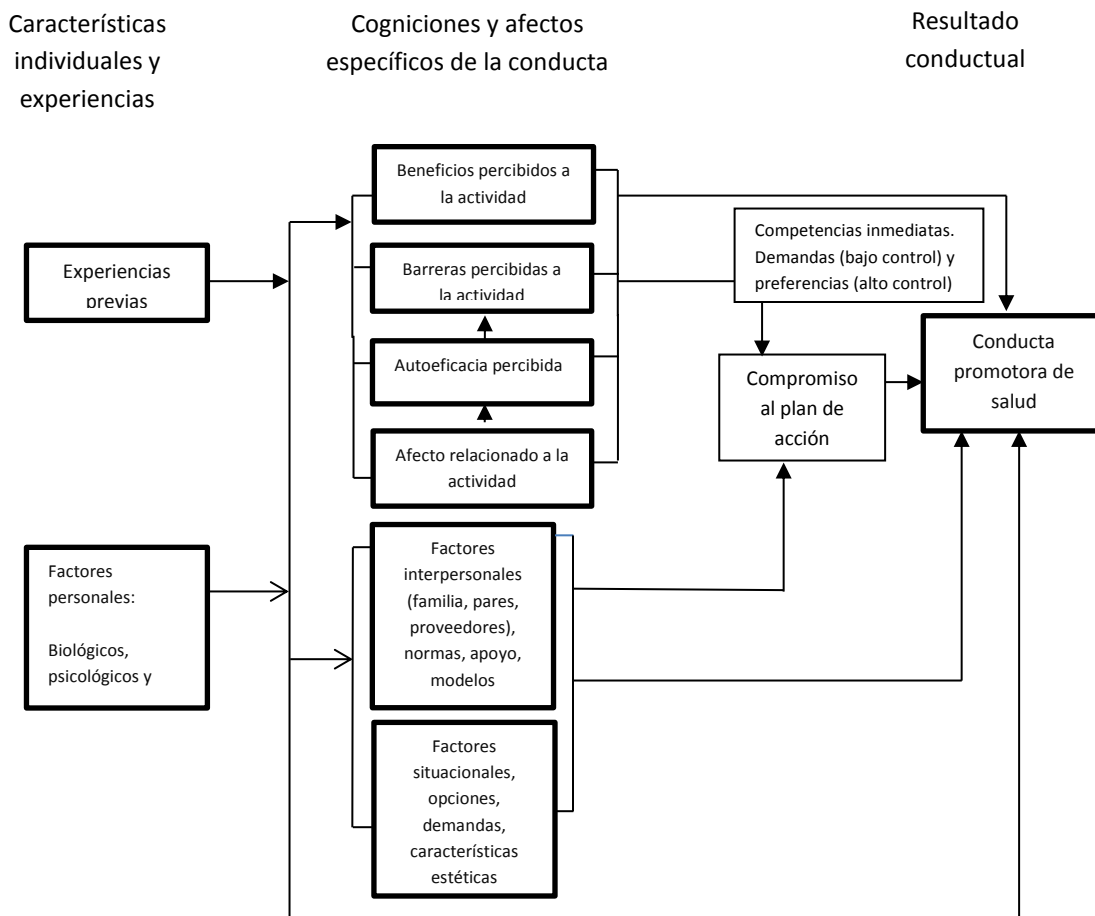
El MPS (Pender, Murdaugh & Parsons, 2011) se propone como un marco para la enfermería y perspectivas de las ciencias conductuales de los factores que influyen en los comportamientos de salud. El MPS se construyó a partir de dos sustentos teóricos: la teoría de aprendizaje social de Albert Bandura y el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather. El MPS está formado por nueve conceptos (ver figura1) que se ubican dentro de tres categorías: a) características y experiencias individuales (conducta previa relacionada y factores personales, biológicos, psicológicos y socioculturales), b) cogniciones específicas de la conducta y afecto (beneficios percibidos de la acción, barreras percibidas de la acción, autoeficacia percibida, actividades

relacionadas al afecto), influencias interpersonales e influencia situacional y c) resultado conductual (conducta de promoción de la salud).

Asimismo, el MPS modelo cuenta con catorce proposiciones teóricas:

1. La experiencia previa, lo heredado y las características adquiridas influyen las creencias, el afecto y la promulgación de la conducta promotora de salud.
2. Las personas comprometidas, adoptan conductas de las cuales ellos deriven personalmente beneficios anticipadamente.
3. La percepción de barreras pueden restringir el compromiso a la acción, actúa como mediador de la conducta.
4. Competencia percibida o autoeficacia a ejecutar una conducta dada incrementa la probabilidad de compromiso a la acción y a mejores resultados de la conducta actual.
5. Mayor autoeficacia percibida resulta en menores barreras percibidas a una conducta específica de salud.
6. Afecto positivo hacia una conducta resulta en una mayor autoeficacia percibida, el cual incrementa el afecto positivo.
7. Cuando las emociones positivas o afecto son asociados con una conducta la probabilidad de compromiso y acción se incrementan.
8. Las personas tienen más probabilidad de compromiso y adoptar conductas promotoras de salud, cuando otros modelos de conductas significantes suponen que la conducta ocurra y que la asistencia y el apoyo permitan la conducta.

Figura 1. Modelo de Promoción de la Salud, Nola J. Pender.



9. Familias, pares, y personal de salud son importantes fuentes de influencia interpersonal y pueden incrementar o disminuir el compromiso y adaptación de conductas promotoras de salud.
10. Influencias situacionales y el ambiente externo pueden incrementar o disminuir el compromiso a la participación en conductas promotoras de salud.
11. Un gran compromiso a un plan específico de acción incrementa la probabilidad que las conductas promotoras de salud sean duraderas.
12. Compromiso a un plan de acción tiene menos efecto en la conducta deseada cuando las demandas compiten sobre las cuales las personas tienen poco control y requieren atención inmediata.

13. Compromiso a un plan de acción tiene menos efecto en la conducta deseada, cuando otras acciones son más atractivas y preferidas que la conducta.
14. Las personas pueden modificar cogniciones, afecto y los ambientes físico e interpersonal y crear incentivos para la acción de salud.

Para la presente derivación de teoría se utilizaron los pasos propuestos por Walker y Avant (2011) y Fawcett (1999), de los cuales se tomarán conceptos del MPS para proponer la teoría de rango medio y explicación de la conducta sexual en los HSH. A continuación se detallan cada uno de los conceptos utilizados.

Teoría de Rango Medio Modificada: Conducta Sexual en HSH (MCONSEX)

Una teoría de rango medio es una coherente articulación de un conjunto de conceptos que describen y explican las relaciones de un fenómeno en particular (Meleis, 2012). De acuerdo a Fawcett (2005), la teoría de rango medio por lo general tiene un número limitado de conceptos y proposiciones y son más operacionales y susceptibles a probarse. Para realizar la teoría de rango medio de conducta sexual en HSH (MCONSEX) se utilizaron los cinco pasos de Walker y Avant (2011).

El primer y segundo paso se refieren a identificar y familiarizarse con el tema de interés. En este caso se realizaron búsquedas de literatura en bases de datos indexadas utilizando palabras claves en relación a los conceptos seleccionados de la teoría que más adelante serán abordados. Asimismo, se realizó la identificación de diferentes perspectivas teóricas, de las cuales se puede retomar que pocos estudios de investigación abordan la temática con aporte teórico o bien las definiciones conceptuales son poco claras. En relación a los pocos estudios de investigación que utilizaban teoría principalmente fueron en psicología, antropología social y sociología. Sin embargo, se considera importante utilizar conceptos del MPS debido a que incluyen aspectos de habilidades y destrezas para usar el condón, la interacción con los otros o bien el apoyo social, el contexto o medio ambiente donde los HSH se desenvuelve, las características personales que lo definen y la relación con la conducta sexual que pudo o no haber realizado.

En el tercer paso se refiere a la selección de la teoría para realizar la derivación. Por lo cual para este proyecto de investigación se seleccionaron algunos conceptos del MPS. Se seleccionaron los conceptos de factores personales que incluyen los factores biológicos (edad), factores socioculturales (escolaridad, ingresos propios), factores psicológicos (donde se realizó la adaptación y se incluyó el concepto de; orientación sexual, búsqueda de sensaciones sexuales y homofobia internalizada), beneficios percibidos a la actividad, barreras percibidas a la actividad, autoeficacia percibida a la actividad, influencias interpersonales, influencias situacionales y la conducta de salud.

Factores Personales

Estos factores predicen el comportamiento dado que están determinados por la naturaleza de la conducta objetivo a considerar. Pender, Murdaugh y Parsons (2011) señalan que los factores personales son las características únicas de un individuo que pueden ser biológicos, psicológicos y socioculturales. Los *factores biológicos* son aquellas características humanas que son propias y no se pueden encontrar en otro grupo de individuos. Los factores biológicos incluyen la edad, que se define como el número de años cumplidos.

Pender, Murdaugh y Parsons (2011) consideran que la edad de los individuos es un factor importante para realizar la conducta. En etapas tempranas de la vida es cuando se inicia el establecimiento de patrones de comportamientos y a tomar decisiones en relación a los estilos de vida que pueden afectar tanto en la salud actual como futura (CDC, 2015). En esta etapa de transición, los jóvenes exploran su orientación sexual y durante esa fase se puede dar inicio a las relaciones sexuales con hombres o bien a la búsqueda de estas. Se han encontrado estudios donde señalan que los HSH que se encuentran en la etapa de la adolescencia y juventud que consumen alcohol y drogas y tienen una relación con la pareja estable son más probables a realizar prácticas sexuales de riesgo (Mustanski, 2008; Parsons, Grov, & Kelly, 2009; Stueve, O'Donnell, Duran, San Doval, & Geier, 2002). Asimismo, Wilson et al. (2008) encontraron que los HSH de menor edad tienden a tener mayor número de parejas sexuales y este se encuentra vinculado con los comportamientos sexuales de alto riesgo en comparación con los HSH de mayor edad.

Los *factores socioculturales* son las fuerzas de mayor escala dentro de las culturas y sociedades que afectan los pensamientos, sentimientos y comportamientos de las personas. Los factores socioculturales contemplan la educación y el estado socioeconómico. Para el presente estudio se utilizarán los conceptos de *escolaridad e ingresos propios*. En relación a la escolaridad y a los ingresos propios estos proporciona a los individuos mayor seguridad laboral, mejor remuneración y por lo tanto, mejores condiciones de vida. Se hipotetiza que estas personas con mayor calidad de vida incurren en menos prácticas sexuales de riesgo. Conforme a la anterior hipótesis, se han encontrado estudios que demuestran que los HSH con menor número de años de estudios se ha relacionado con mayor probabilidad de tener sexo anal sin condón (Jarama, Kennamer, Poppen, Hendricks & Brandford, 2005; Sohn & Cho, 2012; Thomas et al., 2009). Appleby et al., (2005) al evaluar el tipo de pareja (estable o casual) y el rol sexual (insertivo o receptivo), encontraron que un mayor nivel educativo se asocia con mayor frecuencia de sexo anal receptivo sin condón y con pareja estable y un ingreso propio bajo se asocia con mayor frecuencia al sexo anal receptivo sin condón y con pareja casual. Al constituir el sexo anal receptivo sin protección con una pareja casual, existe mayor riesgo de infección de VIH frente a una pareja estable.

En segundo lugar el MPS tiene al constructo de *cogniciones y afectos relativos a la conducta específica* y los conceptos de este son los centrales del modelo y se considera que tienen una gran importancia motivacional. Este constructo incluye a los beneficios percibidos para la acción, las barreras percibidas para la acción, la autoeficacia percibida, el afecto relacionado a la actividad, las influencias interpersonales y situacionales. Estos conceptos consideran las percepciones para realizar una acción o una conducta de salud. Para el presente trabajo se considera la percepción para usar el condón como las capacidades que tienen los HSH para usar el condón e incluyen los beneficios, barreras y autoeficacia.

Beneficios Percibidos para la Acción

Son representaciones mentales de las consecuencias positivas o refuerzo de un comportamiento. En el modelo se propone que los beneficios puedan ser motivados directa

e indirectamente al comportamiento a través de la determinación del grado de compromiso con un plan de acción para realizar la conducta.

El Modelo de Creencias de Salud (MCS) señala que los individuos que perciben beneficios para realizar una acción es muy probable que la realicen y sea como un factor protector de los individuos. Katikiro y Njau (2012), han destacado la importancia que tienen para la prevención del Sida en las creencias relacionadas con los beneficios percibidos para usar el condón. Asimismo, se han encontrado estudios que han sido abordados en jóvenes heterosexuales y han demostrado que los principales beneficios que perciben para usar el condón es que previene embarazos e ITS (William & Cherly, 1999). También se encontró que la percepción de los HSH para usar el condón fue principalmente prevenirse de la transmisión del Sida y la protección de sí mismo y de su pareja (King, Vidourek & Singh, 2014). Los beneficios del uso del condón se definen como los resultados positivos para la prevención de ITS-VIH/Sida que los HSH asocian con el uso del condón.

Barreras Percibidas para la Acción

Se definen como las percepciones de los bloques, obstáculos y costos personales de llevar a cabo una conducta de salud. De acuerdo a Pender, Murdaugh y Parsons (2011), las barreras percibidas para la acción pueden afectar directamente a las conductas promotoras de salud al servir como obstáculos para la acción, así como indirectamente a través de la disminución del compromiso con un plan de acción.

En el estudio William y Cherly (1999) utilizaron el MCS y los autores refieren que este modelo se compone por cuatro dimensiones de creencias de salud y las expectativas relacionadas con la conducta de salud principalmente a la percepción a la susceptibilidad de enfermarse, percibir severidad en la enfermedad, percibir beneficios para el cambio de conducta y percibir barreras para cambiar la conducta. De acuerdo al MCS, los individuos podrían adoptar mejores conductas de salud si ellos percibieran ser susceptibles a enfermedades y si ellos conocieran las serias consecuencias de la infección.

Se ha encontrado evidencia empírica donde han demostrado que las barreras o dificultades para usar el condón se relaciona con que los individuos piensan que si se usa el condón arruinaría el sexo, que su pareja puede pensar que él está infectado de VIH/Sida o alguna ITS, es vergonzoso comprar condones y los condones son difíciles de usar (Tung, Lu, & Cook, 2010). Para el presente estudio se considera las barreras del uso del condón como los obstáculos que perciben los HSH para usar el condón.

Autoeficacia Percibida para la Acción

Pender, Murdaugh y Parsons (2011) la definen como un juicio de la capacidad personal para organizar y ejecutar un comportamiento de salud en particular, esto es la auto-confianza en la realización de la conducta de salud con éxito. Así como también, la autoeficacia percibida influye en las barreras percibidas para la acción, cuanto mayor nivel de autoeficacia resulte se espera que sean menores las barreras que se perciban para realizar la conducta. Asimismo, la autoeficacia motiva a realizar comportamientos saludables y este puede afectar indirectamente a las barreras percibidas y a determinar el nivel de compromiso para un plan de acción.

Bandura (1997) define la autoeficacia percibida como una forma de lograr el cambio autodirigido. La autoeficacia percibida se refiere a las creencias de las personas que puedan ejercer control sobre su motivación y comportamiento y sobre su entorno emocional. Las personas que perciben un nivel alto de autoeficacia confían más en sus capacidades para someterse en diferentes tipos de demandas ambientales. Las personas tienden a interpretar las demandas y problemas más como retos que como amenazas o sucesos subjetivamente incontrolables.

Se ha abordado la autoeficacia percibida en relación a la prevención de la conducta sexual, por ejemplo la resistencia a las coerciones sexuales y el uso de anticonceptivos. También, se han abordado las conductas sexuales de riesgo como no usar condones como medida de protección de ITS y han sido estudiadas entre poblaciones de HSH (Bandura, 1997). Bandura señala que el uso de condones no solo requiere destrezas técnicas sino también la negociación interpersonal. Convencer a la pareja que se resista a aceptar las prácticas sexuales protegidas requiere un alto sentido de eficacia para ejercer control sobre

las conductas sexuales. La autoeficacia del uso del condón para estudio es la capacidad percibida de los HSH acerca de sus habilidades para usar el condón.

Influencias Interpersonales

De acuerdo al modelo de Pender, Murdaugh y Parsons (2011) las *influencias interpersonales* se refieren a las cogniciones acerca de los comportamientos, creencias o actitudes de los demás. Estas cogniciones pueden o no corresponder a la realidad. Las principales fuentes de influencia interpersonal en las conductas de promoción de la salud son la familia, la pareja, los compañeros y profesionales de la salud. En el MPS las influencias interpersonales se proponen ver cómo afecta el comportamiento de promoción de la salud tanto directa como indirectamente a través de la presión social o el estímulo a comprometerse con un plan de acción.

Antezana (2007) define a la red social como las relaciones sociales identificables que rodean a un individuo, así como las características de estas relaciones. El apoyo social de los individuos permite mantener su identidad social, recibir apoyo emocional, de servicios e información y adquirir nuevas relaciones sociales. Es por ello que a partir de la red se obtiene el apoyo social. Diversos estudios han encontrado que la red social predice las conductas sexuales en HSH; sin embargo, se han encontrado diferencias en cuanto a la estructura de la red social.

La *familia* es un componente importante de la red social de los HSH y se ha demostrado que los integrantes de la familia han tenido influencia en la conducta sexual en los HSH. Preston et al. (2004) informaron que las familias que tenían actitudes más tolerantes en relación a la preferencia sexual tenían más probabilidad de modificar las conductas sexuales de riesgo en comparación con los hombres que no contaban con el apoyo familiar. De igual forma, Ryan, Huebner y Sánchez (2009) demostraron que los HSH que reportaron mayores niveles de rechazo familiar tenían mayor probabilidad de tener relaciones sexuales anales sin condón. Por lo que se puede decir que el rechazo familiar de los HSH los deja expuestos a situaciones de vulnerabilidad.

Asimismo, se ha demostrado que los HSH han sido expulsados de sus hogares por parte de sus familiares a causa de su orientación sexual, por lo que es común que oculten su orientación para evitar el rechazo o agresión (Antezana, 2007; Warren, Fernández, Harper, Hidalgo, Jamil, & Torres, 2008). Los HSH con frecuencia presentan experiencias de estigma y discriminación por parte de su núcleo principal que es la familia y esto se asocia con frecuencia a mayores conductas sexuales de riesgo para ITS-VIH/Sida (Harper et al. 2004; Sohn & Cho, 2012).

La *pareja* también es elemento importante en la red social de los HSH. Barbosa y Jiménez (2010) refieren que los HSH mantienen relaciones afectivas y sexuales y con frecuencia se comprometen en un vínculo amoroso perdurable y recíproco con personas de sus mismo sexo, pero desgraciadamente y con frecuencia son objeto de presiones sociales y familiares, debido a comportamientos homofóbicos presentes en la sociedad, esto limita a manifestar de manera libre la afectividad de la pareja, así como también el murmullo o burlas en lugares públicos. Por otra parte, Davidovich, Wit y Strobe (2004) demostró que los HSH que cuenta con parejas estables y tienen relaciones sexuales anales sin condón, con frecuencia no conocen el estado serológico de su pareja. A su vez, demostró que las parejas estables se han convertido en una fuente importante de riesgo de infección por VIH entre los HSH.

Con relación a los *amigos*, Doty, Willoughby, Lindahl y Malik, (2010) encontraron que los heterosexuales no aceptan a sus amigos homosexuales, o sólo toleran a los amigos más cercanos o familiares con preferencia homosexual. Las personas heterosexuales mostraron rechazo hacia las personas homosexuales y mencionaron que les cuesta trabajo mantener una amistad y refirieron sentirse enfermos al convivir con los HSH. Amirkhanian et al (2009) reportó que los HSH que tenían mayor comunicación con los amigos en relación al Sida se asoció con mayor número de relaciones sexuales anales sin condón y mayor número de parejas sexuales. A su vez, un estudio demostró que los HSH que contaban con apoyo en relación a temas sexuales por parte de los *prestadores de servicios de salud* tenían mayores probabilidades de modificar las conductas sexuales de riesgo (Preston et al. 2004).

Las conductas de los HSH están fuertemente influenciadas por la familia, pareja, amigos y la comunidad. Los HSH que han experimentado agresiones tales como homofobia y discriminación por parte de su familia, amigos, compañeros de trabajo e incluso prestadores de servicio de salud, se han relacionado con conductas sexuales desprotegidas y con múltiples parejas sexuales (Bravo, 2009; Raymond, Fisher, Chen, Stall, & McFarland, 2011). Es importante considerar que los HSH que cuenten con una red fortalecida y con apoyo social reducen los sentimientos de vergüenza y aislamiento, a su vez, favorece a la promoción de una identidad positiva y por tanto, tienden a realizar conductas sexuales seguras. Para el presente estudio se considerará a las influencias interpersonales para la conducta sexual en HSH a las relaciones de apoyo y cuidado que proporciona la familia, la pareja, los amigos y los proveedores de salud para realizar conductas sexuales en HSH.

Influencias Situacionales

Concepto que se ubica en la parte central del modelo, se refiere a las percepciones y cogniciones personales de cualquier situación o contexto que facilitan o impiden el comportamiento. Asimismo, incluyen las percepciones acerca de la disponibilidad, características de la demanda, y las características estéticas del entorno en el que se propone un determinado comportamiento a realizar. Pender, Murdaugh y Parsons (2011) señalan que las personas se sienten atraídas y realizan los comportamientos más competentemente en situaciones o contextos ambientales en el que se sienten identificados, relacionados y seguros. Los entornos que son interesantes para las personas son contextos deseables para la realizar las conductas de salud. Los HSH en busca de la aceptación y libertad de sus deseos sexuales acuden a sitios donde se sienten identificados y aceptados. Pollock y Halkitis (2009) señalan que los sitios de ambientes de los HSH permiten encontrar parejas sexuales y estas han sido implicadas en la toma de riesgo sexual y la transmisión potencial del VIH.

También, existen estudios en HSH donde se han encontrado que los entornos comerciales para sexo como por ejemplo asistir a baños saunas o clubes sexuales demostraron altos niveles de riesgo sexual (Crosby, Salazar & Mettey, 2005). Así mismo, se han realizado investigaciones en los HSH que frecuentan asistir a entornos de sexo

público como por ejemplo paradas de descanso y parques y esto se ha relacionado con sexo anal sin protección (Groves, Parsons & Bimbi, 2007). Los riesgos sexuales pueden ser explicados debido a que Frankis y Flowers (2009), al estudiar conductas sexuales de riesgo para VIH en baños sauna, encontraron que las creencias normativas de guardar silencio en estos establecimientos facilitan los encuentros anónimos y dificultan negociar el uso de condón, haciendo más probable las infecciones de transmisión sexual.

Sin embargo, un estudio reciente ha demostrado que las fiestas sexuales privadas también son entornos que deben ser considerados para la comprensión y entendimiento de las prácticas sexuales de los HSH. Las fiestas de sexo con frecuencia están organizadas en espacios privados, por ejemplo habitaciones de hoteles y tiene difícil acceso al público en general (Solomon, Halkitis, Moeller, Siconolfi, Kiang, & Barton, 2011). Pollock y Halkitis (2009) encontraron que los HSH que asistieron a fiestas sexuales indican un mayor número de parejas sexuales ocasionales. Por lo anterior, se puede decir que el contexto donde se desenvuelven los HSH pueden estar influenciando las conductas sexuales. Para el presente estudio se considera a las influencias situacionales para la conducta sexual en los HSH a la frecuencia de asistencia a los sitios de encuentros sexuales y al consumo del alcohol y/o drogas previo a encuentros sexuales en los HSH.

Conducta de Salud

El tercer constructo es la variable resultado y hace referencia a la conducta promotora de salud, este se dirige en última instancia, hacia el logro de los resultados de salud positivos en el individuo. Sin embargo para el presente estudio se considerará sólo la conducta de salud, debido al fenómeno de estudio y a que Pender, Murdaugh y Parsons (2011) no consideran si la conducta será beneficiosa o perjudicial para la salud de los individuos. La conducta sexual es la expresión específica de la sexualidad. Las prácticas sexuales se refieren a todas aquellas acciones susceptibles de otorgar placer sexual a los individuos. Dichas acciones pueden ser individuales o implicar el intercambio con otros, pueden incluir contacto físico directo o situarse a nivel de la estimulación y el placer psicológico. La distinción entre las prácticas que se consideran sexuales depende de definiciones sociales y culturales, y de la subjetividad individual que puede atribuir un

significado sexual a determinadas acciones. Se puede precisar que el concepto de práctica sexual alude a aquellos comportamientos realizados habitual o repetidamente, distinguiéndose del concepto de comportamiento sexual que puede referirse a cualquier tipo de actividad sexual independientemente de su periodicidad.

Lohman y Billings, (2008) señala por su parte que la conducta sexual abarca las acciones que el individuo decide realizar en situaciones sexuales en las que entorno y los estímulos recibidos juegan un papel relevante. Lo anterior, señala que la conducta sexual se encuentra determinada por diversos factores para tomar decisiones favorables o desfavorables para la salud sexual. García-Vega, Menéndez, Fernández y Cuesta (2012) definen a la conducta sexual como la exposición del individuo a una situación que puede ocasionar daños a la salud como por ejemplo infectarse de VIH/Sida de manera individual o hacia otra persona. La conducta sexual en los HSH para este estudio se define como la frecuencia de la práctica sexual que incluye sexo anal, vaginal y oral con mujeres, sexo anal insertivo y receptivo con hombres, sexo oral con hombre, uso de condones, número de parejas sexuales y tipo de pareja sexual (estable, casual y/o sexo servidor(ra).

El cuarto paso hace referencia a la identificación del contenido y estructura de la teoría o modelo. En este paso de acuerdo a Walker y Avant (2011) el teórico o investigador es libre de elegir nuevos conceptos que sean más apropiados al fenómeno de estudio. En este sentido, dentro del concepto de factores psicológicos del MPS se consideran solamente a la autoestima, automotivación y percepción del estado de salud del individuo. Sin embargo, Pender, Murdaugh y Parsons (2011) señalan que este concepto puede estar limitado y sugieren que puede cambiarse a lo que teóricamente es relevante para explicar o predecir el comportamiento del individuo. En este sentido para explicar específicamente la conducta sexual en los HSH se requieren de conceptos específicos; tales como orientación sexual, homofobia internalizada y búsqueda de sensaciones sexuales debido a que la literatura señala que son predictores fuertes para dicha comprensión.

En general, los *factores psicológicos* son los estados mentales y de comportamiento de un individuo o grupo (Dumoy, 1999). Para el presente estudio los factores psicológicos se conformarán por los conceptos de orientación sexual, búsqueda de sensaciones sexuales y homofobia internalizada. La *orientación sexual* ha sido descrita como un factor clave en

el desarrollo de la identidad y es una parte integral del sentido de sí mismo. El desarrollo de una identidad sexual gay, bisexual, transexual, travestí, transgénero es un proceso complejo y a menudo difícil de abordar (Jain & Silva, 2011). Lamas (2002) considera que la identidad sexual no ha cambiado durante la historia, la autora señala que la homosexualidad y la heterosexualidad siempre han existido. Asimismo, la orientación sexual consiste en la reacción del individuo ante la diferencia sexual, por lo que se puede decir que las prácticas sexuales de orientación sexual pueden ser diferenciadas por el deseo de la identidad (Ortíz-Hernández, 2005).

A su vez, se puede decir que la orientación sexual esta conceptualizada por la dirección del deseo sexual y se refiere a la capacidad erótica-afectiva que se dirige a una persona del mismo sexo o de ambos. Del mismo modo, la identificación como gay u homosexual puede llevar a los individuos a participar en comportamientos sexuales acordes con esa identidad. Se han detectado algunas incongruencias en relación a la identidad homosexual y la conducta heterosexual (Núñez, 2007). Algunos autores han señalado que un proceso de formación de la identidad y la integración como individuos realizan esfuerzos por una congruencia entre su orientación sexual (fantasías, atracción sexual), comportamiento sexual e identidad sexual. Lo anterior puede ser la formación de la identidad que consiste en tomar conciencia de la orientación sexual que desarrolla el individuo, iniciando con el cuestionamiento si la persona puede ser gay, bisexual, homosexual y ahí al involucramiento a actividades sociales relacionadas con comunidades gays o actividades sexuales (Rosario, Schrimshaw, & Hunter, 2011).

Asimismo, a partir de las fantasías o deseos sexuales, los individuos pueden formar potencialmente una identidad ya sea homosexual o bisexual y esta identidad socialmente se encuentra sancionada, el desarrollo de una identidad puede enfrentar diversos obstáculos tales como la homofobia y/o el heterosexismo. Los individuos pueden realizar prácticas sexuales referentes a su identidad sexual, sin embargo, los individuos que se identifican como homosexuales pueden realizar prácticas sexuales heterosexuales como una manifestación de ocultamiento de su identidad sexual, incluso llegando a formalizar relaciones con mujeres a través del matrimonio. Se ha identificado que los hombres que se identifican como homosexuales han sido víctimas de procesos de aceptación tormentosa

dado a que no se atreven a mencionar su orientación sexual. Es común que los HSH oculten su preferencia o que traten de que no se note su orientación sexual para evitar ser rechazados o aislados socialmente (Antezana, 2007). Para este estudio la orientación sexual es la atracción sexual entre su mismo género o ambos, autoceptación de los comportamientos y actitudes homosexuales y temores o miedos sobre sus deseos homosexuales.

La *búsqueda de sensaciones* ha sido definida como la tendencia de buscar excitación extrema y experiencias estimulantes (Kalichman, Tannenbaum, & Nachimson, 1998). La búsqueda de sensaciones es un constructo multidimensional que incluye cuatro componentes: la emoción y la aventura de buscar, la experiencia y la desinhibición en la búsqueda y la susceptibilidad al aburrimiento (Zuckerman, 2007). Se trata de una necesidad de experimentar variadas y complejas sensaciones y el deseo de correr riesgos físicos y sociales por el simple deseo de disfrutar de tales experiencias. La persona que busca sensaciones selecciona aquellos estímulos externos que maximizan sus emociones. Así la persona que tiene un alto nivel de búsqueda de sensaciones tiende a realizar conductas peligrosas y arriesgadas en comparación con las personas que tienen un bajo nivel de búsqueda de sensaciones (Prestage, et al., 2006).

Específicamente en relación a la búsqueda de sensaciones sexuales se ha demostrado que tiene una influencia en las conductas sexuales de los HSH (Matarelli, 2013). Zuckerman (2007) señala que las personas que buscan sensaciones tienden a participar en conductas sexuales con mayor número de parejas en comparación con las personas que no buscan. Asimismo, investigadores indican que las personas que buscan sensaciones están influenciados por los beneficios a corto plazo por ejemplo el placer sexual para realizar conductas de riesgo (Cooper, Madera, Ocrutt y Albino, 2003). Fisher y Misovich (1990) llevaron a cabo un estudio que apoya los resultados de Zuckerman. Los investigadores demostraron una relación entre los comportamientos sexuales de riesgo y la búsqueda de sensaciones entre estudiantes universitarios homosexuales y heterosexuales. Los resultados indicaron que la búsqueda de sensaciones se correlacionó positivamente con el número de parejas sexuales, incluyendo parejas sexuales desconocidas y bajo nivel de percepción de riesgo a infectarse de alguna infección de transmisión sexual. Asimismo,

Hoyle, Stephanson, Palmgreen, Lorch y Donohew, (2002) encontraron que la búsqueda de sensaciones predijo el número de parejas sexuales, el sexo sin protección y los encuentros sexuales de alto riesgo. Kalichman Cherry, Cain, Pope y Rompa (2005) señalan que una persona que busca sensación sexual tiene mayor probabilidad de asistir a fiestas, beber en exceso, consumir sustancias ilícitas y tener relaciones sexuales con múltiples parejas. Búsquedas de sensaciones sexuales para este estudio se define como el interés por alcanzar niveles de excitación sexual y participación en experiencias nuevas.

Los individuos que incorporan autoconceptos de los significados negativos, prejuicios y estereotipos asociados a la homosexualidad están determinados como *homofobia internalizada*. Ross, Rosser y Smolenski (2010) señala que es un proceso psicológico de asimilación donde los valores, actitudes y creencias de la cultura y de la sociedad a la que pertenece el individuo son integrados a su funcionamiento cognitivo automático. Asimismo, señaló que las internalizaciones influyen en la formación de la identidad, la autoestima, la elaboración de mecanismos de defensa, patrones cognitivos, integridad psicosocial y relaciones interpersonales. Las internalizaciones homofóbicas contribuyen a desarrollar una mayor propensión para tener sentimientos de culpabilidad y autocastigo. Las creencias y actitudes negativas acerca del propio ser, como por ejemplo evaluarse de pervertido, surgen de los deseos orientados hacia individuos del mismo sexo y de la conducta que éstos motivan.

La homofobia internalizada se define como un rechazo hacia el propio deseo homosexual y la manifestación pública de la homosexualidad, siendo aplicado esencialmente a personas homosexuales. Así la presencia de homofobia internalizada en personas con conductas homosexuales va a implicar una disforia con su orientación sexual también denomina homosexualidad egodistónica (Newcomb & Mustanski, 2009).

Otro concepto psicológico es la homofobia internalizada es aplicable al desarrollo psicosexual así como al funcionamiento mental del individuo. Herek (2004) señaló que la formación de la identidad involucra una serie de procesos mentales que organizan el mundo representacional y preservan el sentimiento de la propia auto-cohesión y de continuidad en el tiempo. Cuando las actitudes, valores y otros atributos de un grupo son internalizados, éstos contribuyen a formar el sentimiento de identidad.

Williamson (2000) señala que existen diversas investigaciones que han estudiado el papel que desempeña la homofobia dentro de la epidemia del VIH. Éstas se pueden reducir en gran medida a tres áreas: prevención del VIH y procesos de toma de decisiones para lograr un sexo más seguro, estrategias de afrontamiento de los hombres homosexuales seropositivos y efecto de la homofobia internalizada en el riesgo de infección. En los HSH altos niveles de homofobia internalizada pueden inhibir su conducta homosexual, pero también reducen el control o planificación sobre la misma, pudiendo incurrirse en conductas sexuales de riesgo (Ross, Rosser, Neumaier, & the Positive Connections Team, 2008). Para el presente estudio se considera la homofobia internalizada como los sentimientos negativos de los HSH relacionados a una conducta específica (manifestación pública, aceptación interna de identidad, incapacidad para mantener relaciones estables) hacia la propia orientación sexual.

Por último el quinto paso se refiere al desarrollo y redefinición de nuevos conceptos y proposiciones del MCONSEX, para ello se propuso utilizar la técnica conceptual-teórico-empírico (C-T-E) de Fawcett (1999). Esta técnica está integrada por cinco pasos: 1) Identificación de los conceptos, 2) Clasificación de los conceptos de la teoría de rango medio, 3) Identificación y clasificación de las proposiciones, 4) Organización jerárquica de las proposiciones y 5) Construcción del diagrama C-T-E.

El primer y el segundo paso para la formalización C-T-E se hace referencia a la identificación y clasificación de los conceptos del MCONSEX. El modelo está constituido por los siguientes conceptos: *edad*, se refiere al número de años cumplidos en el momento de la aplicación de los instrumentos del estudio. *Orientación sexual* es la atracción sexual entre su mismo género o ambos, autoaceptación de los comportamientos y actitudes homosexuales y temores o miedos sobre sus deseos homosexuales. *Búsqueda de sensaciones sexuales* se refiere al interés por alcanzar niveles óptimos de excitación sexual y participación en experiencias nuevas en los HSH. *Homofobia internalizada* son los sentimientos negativos de los HSH relacionados a una conducta específica (manifestación pública, aceptación interna de identidad, incapacidad para mantener relaciones estables) hacia la propia orientación sexual. *Escolaridad* son los años de estudio e *ingresos propios* es la remuneración económica mensual a cambio de ofrecer un servicio.

La percepción para usar el condón son las capacidades que tienen los HSH para usar el condón e incluyen los beneficios, barreras y autoeficacia percibidas para el uso del condón. Los *Beneficios del uso del condón* son los resultados positivos para la prevención de ITS-VIH/sida que los HSH asocian al uso del condón. Las *barreras del uso del condón* son los obstáculos que perciben los HSH para usar el condón. La *autoeficacia del uso del condón* se refiere a la capacidad percibida de los HSH acerca de sus habilidades para usar el condón. Las *influencias interpersonales para la conducta sexual en los HSH* son las relaciones de apoyo y cuidado que proporciona la familia, la pareja, los amigos y los proveedores de salud para realizar conductas sexuales en los HSH. Las *influencias situacionales para la conducta sexual en los HSH* son los sitios de encuentros sexuales, consumo de alcohol y/o drogas previo a encuentros sexuales y atracción física, sexual y emocional por la pareja en los HSH.

Por último la *conducta sexual en los HSH* es la práctica sexual que incluye sexo anal, vaginal y oral con mujeres, sexo anal insertivo y receptivo con hombres, sexo oral con hombre, uso de condones, número de parejas sexuales y tipo de pareja sexual (estable, casual y/o sexo servidor(ra)).

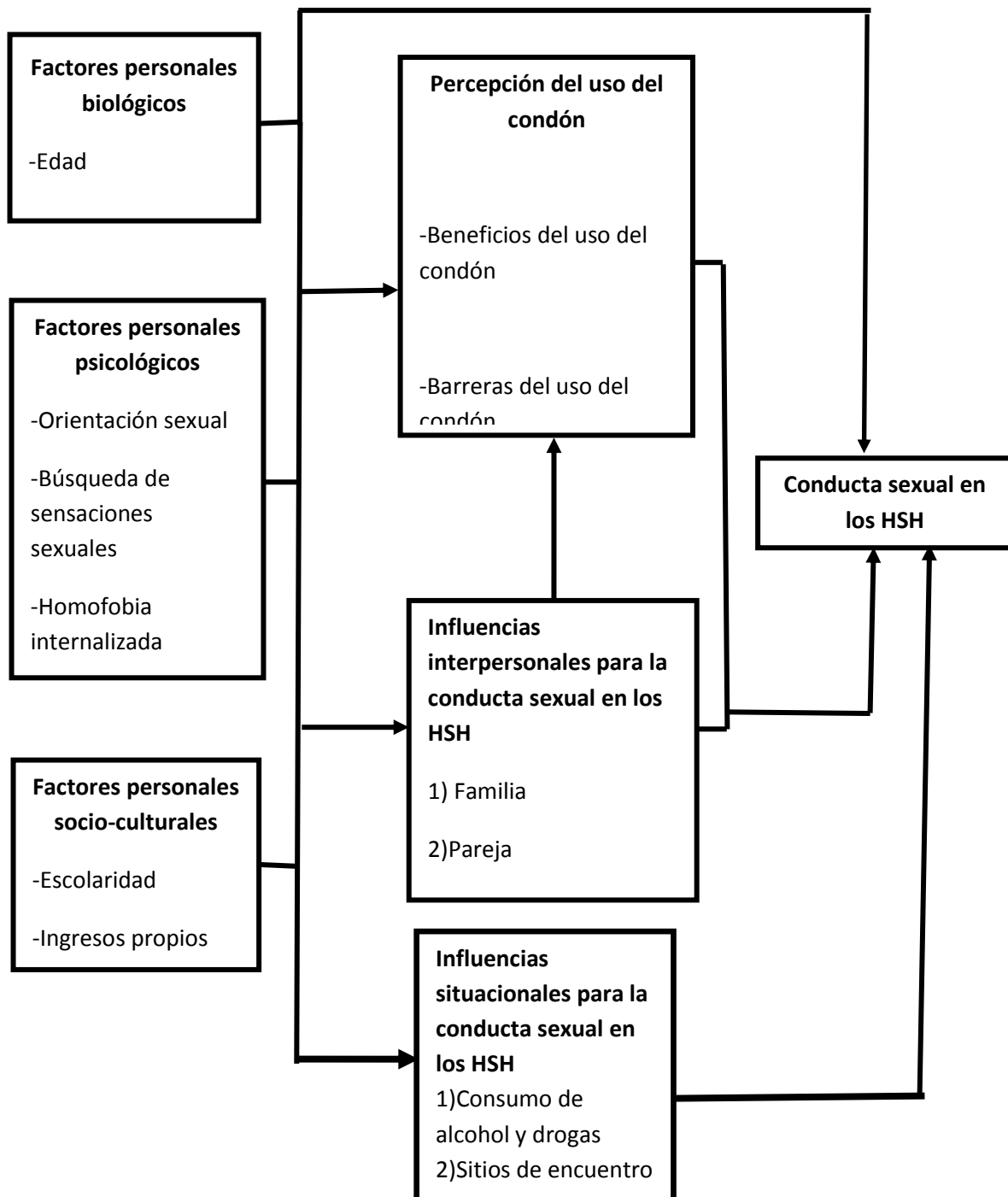
En el paso 3 se realizó la identificación y clasificación de las proposiciones del MCONSEX descritas de la siguiente manera:

1. La edad, influye en la conducta sexual en los HSH.
2. La orientación sexual, la búsqueda de sensaciones sexuales, la homofobia internalizada, influye en la conducta sexual en los HSH.
3. La escolaridad y los ingresos propios se relacionan la conducta sexual en los HSH.
4. La escolaridad y los ingresos propios influyen en los beneficios, barreras y autoeficacia percibidas para el uso del condón.
5. La edad influye en los beneficios, barreras y autoeficacia percibidas para el uso del condón.
6. La edad se relaciona con las influencias interpersonales y situacionales para la conducta sexual en los HSH.
7. Los beneficios, barreras y autoeficacia percibidas para el uso del condón se relacionan con la conducta sexual en los HSH.

8. Las influencias interpersonales (familia, pareja, amigos y prestadores de servicios de salud) para la conducta sexual en los HSH, influyen en la conducta sexual en los HSH.
9. Las influencias situacionales (sitios de encuentro, consumo de alcohol y drogas previo a la relación sexual y atracción física), influyen en la conducta sexual en los HSH.
10. La orientación sexual, la búsqueda de sensaciones sexuales, la homofobia internalizada, influyen en los beneficios, barreras y autoeficacia percibidas para el uso del condón.
11. La orientación sexual, la búsqueda de sensaciones sexuales, la homofobia internalizada, influyen en las influencias interpersonales (familia, pareja, amigos y prestadores de servicios de salud) para la conducta sexual en los HSH.
12. La orientación sexual, la búsqueda de sensaciones sexuales, la homofobia internalizada, influyen en las influencias situacionales (sitios de encuentro, uso de alcohol y drogas previo a la relación sexual y atracción física) para la conducta sexual en los HSH.
13. Las influencias interpersonales para la conducta sexual en los HSH influyen en los beneficios, barreras y autoeficacia percibidas para el uso del condón.
14. Las influencias situacionales para la conducta sexual en los HSH influyen en los beneficios, barreras y autoeficacia percibidas para el uso del condón.

En el paso 4 propuesto por Fawcett (1999) se procedió a realizar esquemáticamente la organización jerárquica de las proposiciones del MCONSEX. Con la identificación y clasificación de las proposiciones se propone el Modelo de Conducta Sexual en HSH (MCONSEX).

Figura 2. Esquema de relación de conceptos del Modelo de Conducta Sexual en HSH (MCONSEX).



En el paso 5 se realizó la construcción del diagrama C-T-E de los conceptos del MCONSEX.

Figura 3. Estructura Conceptual-Teórica-Empírica

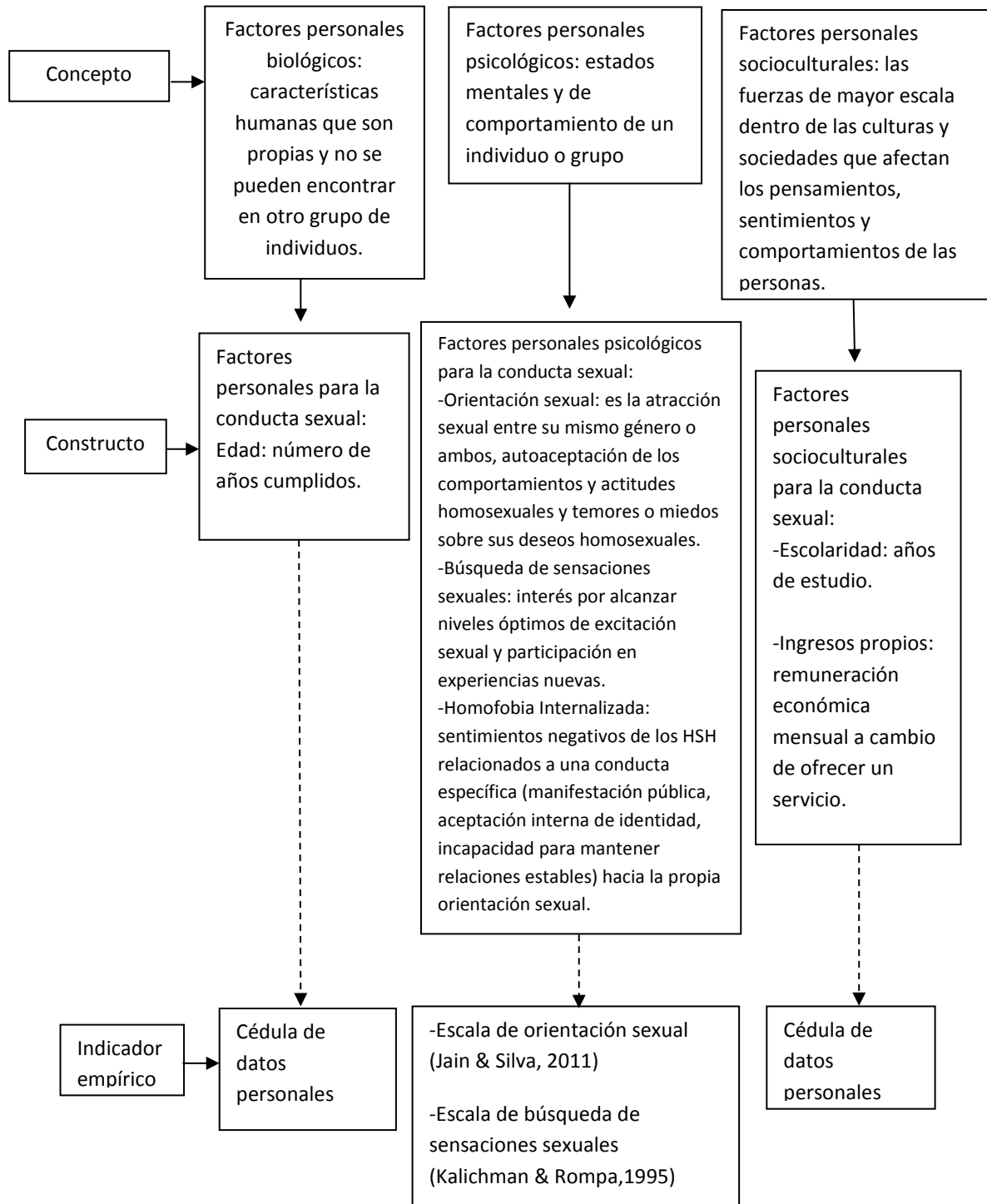


Figura 3 (continuación). Estructura Conceptual-Teórica-Empírica.

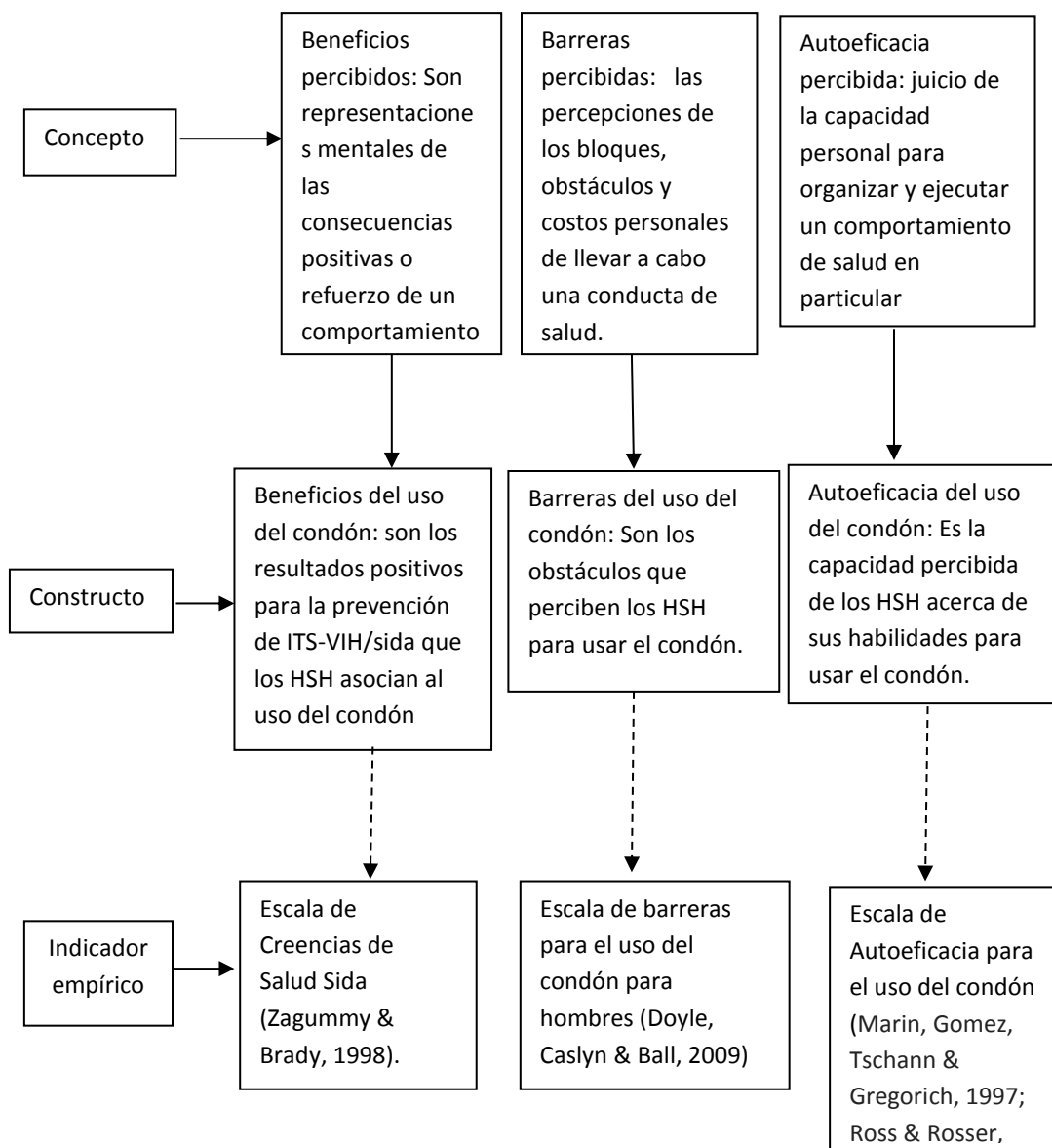
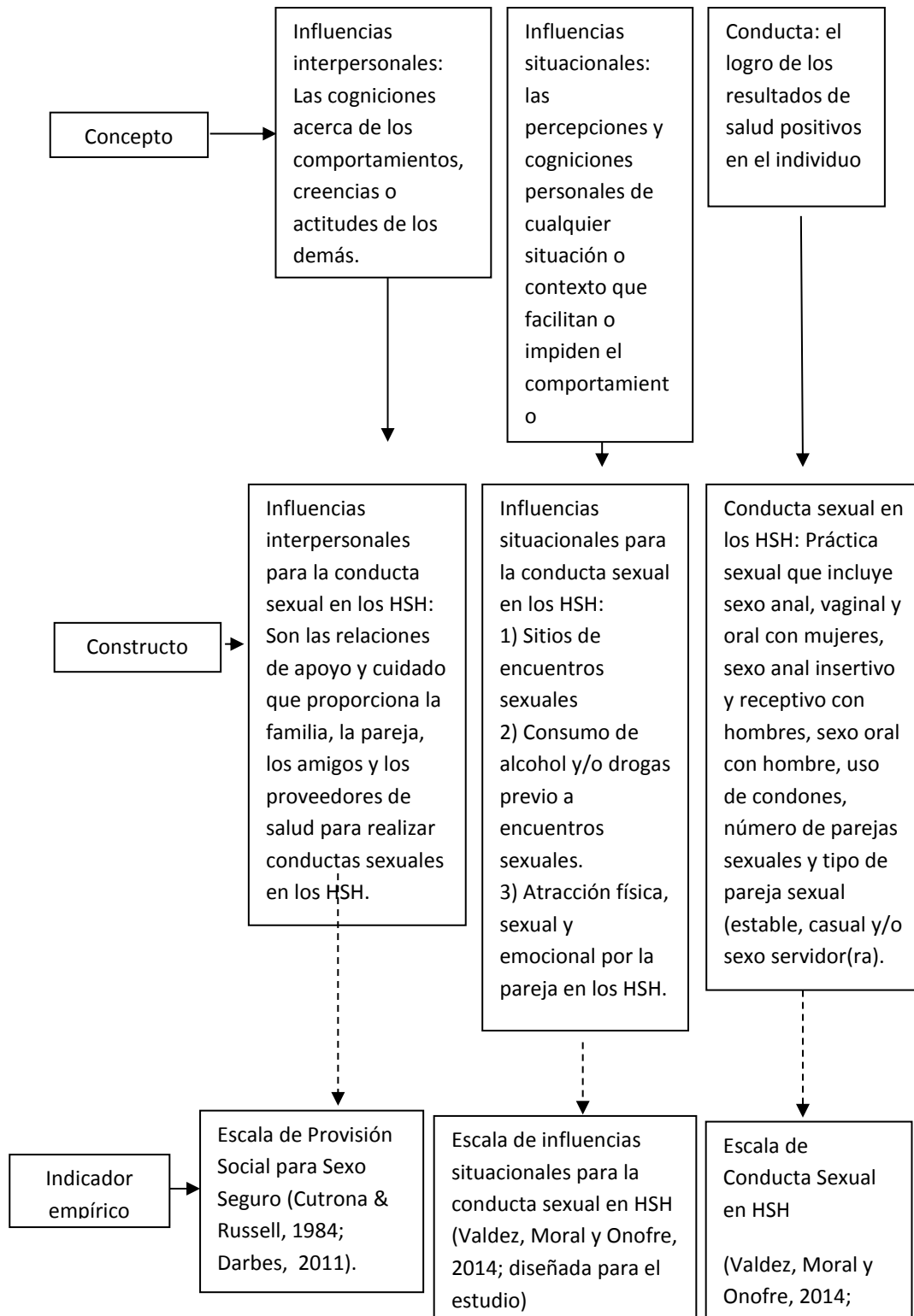


Figura 3 (continuación). Estructura Conceptual-Teórica-Empírica.

Conclusiones

El uso de teorías en los estudios de investigación permite ser una guía práctica para la explicación y comprensión de los fenómenos de estudio. Es indispensable que la teoría seleccionada sea la adecuada y apropiada para la explicación del estudio. Asimismo, las teorías y modelos existentes cuentan con conceptos muy generales y un tanto abstractos, es por ello que las teorías de rango medio permiten que los fenómenos de estudio sean más específicos. Los investigadores pueden hacer uso de la derivación teórica propuesta por Walker y Avant (2011) o bien la aplicación de la derivación C-T-E de Fawcett (1999) o ambas metodologías. Es importante señalar que para la construcción de teoría de rango medio el investigador debe utilizar su creatividad para usar las metodologías que se señalaron, de manera que pueda aportar una mejor explicación del fenómeno a estudiar.

La generación de teoría de rango medio y derivación C-T-E es una propuesta práctica que debe estar conformada por conceptos específicos y proposiciones claras que puedan ser aplicadas de manera sencilla a los proyectos de investigación. Por lo que puede señalarse que la utilización de los pasos propuestos por Walker y Avant (2011) y Fawcett (1999) fue apropiada para generar y adaptar la teoría de rango medio MCONSEX, la cual tiene por objetivo dar una explicación de los factores que pueden estar interviniendo en la conducta sexual de los HSH. Asimismo, a través de esa explicación permitirá crear intervenciones con elementos claves y principales para la promoción de la salud sexual de esa población considerada como vulnerable.

Por lo anterior, es fundamental que los profesionales de salud y los que se dedican a la investigación desarrollen aporte teórico para la aplicación e intervención de medidas preventivas para las poblaciones vulnerables o bien las que requieran de algún cuidado. Es así como el MCONSEX a través de su aporte teórico y bases científicas permite comprender el fenómeno de la conducta sexual de los HSH, siendo este un aporte nuevo, debido a que los pocos de estudios de investigación esa población en gran medida son abordos sin perspectiva teórica, lo que pudiera crear confusión en la definición de los

conceptos a estudiar. Es por ello la importancia de utilizar modelos y teorías que sean apropiadas y pertinentes para el fenómeno de estudio y a su vez la generación de teoría de rango medio para que estas sean más aplicadas al fenómeno.

Referencias

- Amirkhanian, Y., Kelly, J., Takacs, J., Kuznetsova, A., DiFranceisco, W., Mocsonaki, L., & ... Toth, T. (2009). HIV/STD prevalence, risk behavior, and substance use patterns and predictors in Russian and Hungarian sociocentric social networks of men who have sex with men. *AIDS education and prevention: official publication of the international society for aids education*, 21(3), 266-279.
- Antezana, M. (2007). Homosexualidad, familia y apoyo social. *Gaceta Médica Boliviana*, 30(1).
- Appleby, P., Marks, G., Ayala, A., Miller, L., Murphy, S., & Mansergh, G. (2005). Consideration of future consequences and unprotected anal intercourse among men who have sex with men. *Journal of Homosexuality*, 50(1), 119-133.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, NY: Freeman.
- Barbosa, A., y Jiménez Paulina. (2010). Significados asignados al establecimiento de vínculos afectivos y la posible conformación familiar por parte de jóvenes adultos homosexuales. *Revista vanguardia psicológica*, (1)1, 33-51.
- Bravo, M. (2009). Actitudes ante la diversidad sexual en profesionales de la salud de la ciudad de Taxco de Alarcón, Guerrero, México. (Spanish). *Archivos Hispanoamericanos De Sexología*, 15(1), 71-85.
- Carballo-Diéguez, A., & Dolezal, C. (1996). HIV risk behaviors and obstacles to condom use among Puerto Rican men in New York City who have sex with men. *American Journal of Public Health*, 86(11), 1619-1622.

- Center for Disease Control and Prevention (CDC, 2015). HIV Transmission. Recuperado de: <http://www.cdc.gov/hiv/basics/transmission.html>
- Center for Disease Control and Prevention (CDC, 2015). Young teens. Recuperado de: <http://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/childdevelopment/positiveparenting/adolescence.html>
- Cooper, M., Wood, P., Orcutt, H., & Albino, A. (2003). Personality and the predisposition to engage in risky or problem behaviors during adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology*. 84, 390–410.
- Crosby, R., Salazar, L., & Mettey, A. (2005). Gay men who attend sex resorts: a typology associated with high-risk sexual behavior. *International Journal of STD and AIDS*. 16, 158–162.
- Davidovich, U., Wit, J., & Stroebe, W. (2004). Behavioral and Cognitive Barriers to safer sex between men in steady relationships: Implications for Prevention Strategies. *AIDS Education & Prevention*, 16(4), 304-314.
- Doty, N., Willoughby, B., Lindahl, K., & Malik, N. (2010). Sexuality related social support among lesbian, gay, and bisexual youth. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(10), 1134-1147.
- Dumoy, J. (1999). Los factores de riesgo en el proceso Salud-enfermedad. *Revista Cubana Medica General Integral*; 15(4):453-60.
- Fawcett, J. (2005). *Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories*. Segunda Edición. Philadelphia: FA Davis Company, 31-223.
- Fawcett, J. (1999). Relationship of Theory and Research. FA. Davis Company.
- Frankis, J., & Flowers, P. (2009). Public sexual cultures: A systematic review of qualitative research investigating men's sexual behaviors with men in public spaces. *Journal of Homosexuality*. 56, 861–893.

- Fisher, J. D., & Mosovich, S. J. (1990). Evolution of college students' AIDS related behavioural responses, attitudes, knowledge, and fear. *AIDS Education and Prevention*, 2, 322-337.
- Garcia-Vega, E., Menéndez, E., Fernández, P., y Cuesta, M. (2012). Sexualidad, Anticoncepción y Conducta Sexual de Riesgo en Adolescentes. *International Journal of Psychological Research*, 5(1).
- Grov, C., Parsons, J., & Bimbi, D. (2007). Sexual risk behavior and venues for meeting sex partners: an intercept survey of gay and bisexual men in LA and NYC. *AIDS and Behavior*. 11, 915–926.
- Herek, G. (2004). “Homophobia”: Thinking About Sexual Prejudice and Stigma in the Twenty-First Century. *Sexuality Research & Social Policy Journal of NSRC*, 1(2) 6-24.
- Herek, G. (2004). Beyond “Homophobia”: Thinking About Sexual Prejudice and Stigma in the Twenty-First Century. *Sexuality Research & Social Policy*, 1(2), 6-24.
- Herek, G., Gillis, R., & Cogan, J. (2009). Internalized stigma among sexual minority adults: Insights from a social psychological perspective. *Journal of Counseling Psychology*, 56(1), 32-43. doi.org/10.1037/a0014672.
- Hoyle, R. H., Stephanson, M. T., Palmgreen, P., Lorch, E. P., & Donohew, R. L. (2002). Reliability and validity of a brief measure of sensation seeking. *Personality & Individual Differences*, 32, 401, 414.
- Isacco, A., Yallum, N., & Chromik, L. (2012). A review of gay men's health: Challenges, strengths, and interventions. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 1(6), 45-62.
- Jain, S., & Silva, S. (2011). The Development of a Sexual Orientation Scale for Males. *The Professional Counselor: Research and Practice*, 1(3), 208-221.

- Jarama, S., Kennamer, J., Poppen, P., Hendricks, M., & Bradford, J. (2005). Psychosocial, behavioral, and cultural predictors of sexual risk for HIV infection among Latino men who have sex with men. *AIDS and Behavior*, 9(4), 513-523.
- Kalichman, S., Cherry, C., Cain, D., Pope, H., & Kalichman, M. (2005). Psychosocial and behavioral correlates of seeking sex partners on the internet among HIV-positive men. *Ann. Behav. Med.*, 30(3), 243-250.
- Kalichman, S. C., Tannenbaum, L., & Nachimson, D. (1998). Personality and cognitive factors influencing substance use and sexual risk for HIV infection among gay and bisexual men. *Psychology Addictive Behaviors*, 12, 262-271.
- Katikiro, E., & Njau, B. (2012). Motivating factors and psychosocial barriers to condom use among out-of-school youths in Dar es Salaam, Tanzania: A Cross Sectional Survey Using the Health Belief Model. *International Scholarly Research Network*, 8. doi:10.5402/2012/170739
- King, K., Vidourek, R., & Singh, A. (2014). Condoms, sex, and sexually transmitted diseases: Exploring sexual health issues among Asian-Indian College students. *Sexuality & culture*, 18(3), 649-663.
- Lamas, M. (2002). *Cuerpo: diferencia sexual y género*. Editorial Taurus: México.
- Lohman, B., & Billings, A. (2008). Protective and risk factors associated with adolescent boys' early sexual debut and risk sexual behavior. *Journal Youth adolescence*. 37, 723-735.
- Matarelli, S. (2013). Sexual Sensation Seeking and Internet Sex-Seeking of Middle Eastern Men Who Have Sex with Men. *Archives of Sexual Behavior*, 42(7), 1285-1297. doi:10.1007/s10508-013-0073-5
- Mustanski, B. (2008). Moderating Effects of Age on the Alcohol and Sexual Risk Taking Association: An Online Daily Diary Study of Men Who have Sex with Men. *AIDS and Behavior*. 12, 118-126.

- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing: development and progress*. 5ta Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mustanski, B., Newcomb, M., Du Bois, S., Garcia, S., & Grov, C. (2011). HIV in Young Men Who Have Sex with Men: A Review of Epidemiology, Risk, and Protective Factors, and Interventions. *Journal Sex Research*, 48(2-3), 218-253.
- Newcomb, M., & Mustanski, B. (2009). Moderators of the relationship between internalized homophobia and risky sexual behavior in men who have sex with men: A meta-analysis. *Archives of Sexual Behavior*.
- Núñez N. G. (2007). *Masculinidad e intimidad: identidad, sexualidad y sida*. Miguel Ángel Porrúa-pueg, unam-El Colegio de Sonora: México.
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015). Determinantes sociales de la salud. Recuperado de: http://www.who.int/social_determinants/es/
- Ortiz-Hernández, L. (2005). Influencia de la opresión internalizada sobre la salud mental de bisexuales, lesbianas y homosexuales de la ciudad de México. *Salud Mental*, 28(4), 49-65.
- Parsons, J. T., Grov, C., & Kelly, B. (2009). Club drug use and dependence among young adults recruited through time-space sampling. *Public Health Reports*, 124, 246–254
- Pender, Murdaugh y Parsons, N. J. (2011). Health Promotion Model Manual. Recuperado de http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/HEALTH_PROMOTION_MANUAL_Rev_5-2011.pdf?sequence=1
- Pender, N., Murdaugh, C., Parsons, M. (2011). *Health promotion in nursing practice* (6th ed.) Boston, MA: Pearson.
- Pollock, J., & Halkitis, P. (2009). Environmental factors in relation to unprotected sexual behavior among gay, bisexual, and other MSM. *AIDS Education and Prevention*, 21(4), 340-355. doi: 10.1521/aeap.2009.21.4.340

- Prestage, G. G., Mao, L. L., McGuigan, D. D., Crawford, J. J., Kippax, S. S., Kaldor, J. J., & Grulich, A. E. (2006). HIV risk and communication between regular partners in a cohort of HIV-negative gay men. *AIDS Care*, 18(2), 166-172. doi:10.1080/09540120500358951.
- Preston, D., D'Augelli, A., Kassab, C., Cain, R., Schulze, F., & Starks, M. (2004). The influence of stigma on the sexual risk behavior of rural men who have sex with men. *AIDS Education & Prevention*, 16(4), 291-303.
- Raymond, H. Fisher, Chen, Y.-H., Stall, R. D., & McFarland, W. (2011). Adolescent experiences of discrimination, harassment, connectedness to community and comfort with sexual orientation reported by adult men who have sex with men as a predictor of adult HIV status. *AIDS and Behavior*, 15, 550-556. doi:10.1007/s10461-009-9634-y
- Rosario, M., Schrimshaw, E., & Hunter, J. (2011). Different patterns of sexual identity development over time: Implications for the psychological adjustment of lesbian, gay, and bisexual youths. *Journal Sex Research*, 48(1), 3-15.
- Ross, M., & Rosser, B., & Smolenski, D. (2010). The Importance of Measuring Internalized Homophobia/Homonegativity. *Archives of Sexual Behavior*. doi:10.1007/s10508-010-9634-z.
- Ross, M. W., Rosser, B., & Neumaier, E. R., & the Positive Connections Team. (2008). The Relationship of Internalized Homonegativity to unsafe Sexual Behavior in Hiv-Seropositive men who have sex with Men. *AIDS Education & Prevention*, 20(6), 547-557.
- Ryan, C., Huebner, D., Diaz, R., & Sanchez, J. (2009). Family rejection as a predictor of negative health outcomes in white and Latino lesbian, gay, and bisexual young adults. *Pediatrics*, 123(1), 346-352. doi:10.1542/peds.2007-3524
- Sohn, A., & Cho, B. (2012). Knowledge, Attitudes, and Sexual Behaviors in HIV/AIDS and Predictors Affecting Condom Use among Men Who Have Sex with Men in

- South Korea. *Osong Public Health and Research Perspectives*, 3(3), 156-164.
doi.org/10.1016/j.phrp.2012.07.001
- Solomon, T., Halkitis, P., Moeller, R., Siconolfi, D., Kiang, M., & Barton, S. (2011). Sex parties among young gay, bisexual, and other men who have sex with men in New York City: Attendance and behavior. *Journal of Urban Health*, 88(6), 1063-1075
doi: 10.1007/s11524-011-9590-5.
- Stueve, A., O'Donnell, L., Duran, R., San Doval, A., & Geier, J. (2002). Being high and taking sexual risks: findings from a multisite survey of urban young men who have sex with men. *AIDS Education and Prevention*, 14, 482-495.
- Thomas, B., Mimiaga, M., Menon, S., Chandrasekaran, V., Murugesan, P., Swaminathan, S., & ... Safren, S. (2009). Unseen and unheard: predictors of sexual risk behavior and HIV infection among men who have sex with men in Chennai, India. *AIDS Education & Prevention*, 21(4), 372-383. doi:10.1521/aeap.2009.21.4.372
- Tung, W., Lu, M., & Cook, D. (2010). Condom use and stages of change among college students in Taiwan. *Public Health Nursing*, 27(6), 474-481. doi: 10.1111/j.1525-1446.2010.00890.x
- Walker, L. O., & Avant, K. C. (2011). Strategies for theory construction in nursing. (5^a ed.). Upper Sadder River, N. J.: Prentice H.
- Warren, J., Fernández, M., Harper, G., Hidalgo, M., Jamil, O., & Torres, R. (2008). Predictors of unprotected sex among young sexually active African American, Hispanic, and White MSM: the importance of ethnicity and culture. *AIDS and Behavior*, 12(3), 459-468.
- Williamson, I. (2000). Internalized homophobia and health issues affecting lesbians and gay men. *Health Education Research*, 15(1), 97-107.
- William, K. & Cheryl, A. (1999). Determinants of condom use to prevent HIV infection among youth in Ghana. *Journal of Adolescent Health*, 24, 63-72

- Wilson, P. A., Cook, S. S., McGaskey, J. J., Rowe, M. M., & Dennisa, N. N. (2008). Situational predictors of sexual risk episodes among men with HIV who have sex with men. *Sexually Transmitted Infections*, 84(6), 506-508.
doi:10.1136/sti.2008.031583
- World Health Organization (WHO, 2012). The global HIV/AIDS epidemic. Recuperado de: <http://www.kff.org/hivaids/upload/3030-17.pdf>
- Zuckerman, M. (2007). *Sensation Seeking and Risky Behavior*. American Psychological Association.

SECCIÓN II.- INTERVENCIÓN Y MODELOS DE PREDICCIÓN EN TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Capítulo V.- Efectos de la Musicoterapia en Niños con Ansiedad por Duelo: El Aprendizaje Interpersonal como Instrumento para la Intervención en Psicología Clínica.

Karla Lizeth Gómez Gurany

Oscar Armando Esparza Del Villar

Juan Quiñones Soto

Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

Capítulo VI. Fuentes, Síntomas y Estrategias de Afrontamiento al Estrés en Universitarios de México y Argentina.

Cristina González

Universidad de Colima, México

Sara Lidia Pérez Ruvalcaba

Paula Irueste

Aleida Martínez Pedraza

Iván Ulianov Jiménez Macías

Universidad Nacional de Córdoba, Argentina

Capítulo VII.-Trastornos de Ansiedad en Adultos: Una Propuesta de Práctica Clínica Basada en la Evidencia (PCBE)

Luz Adriana Orozco Ramírez

José Luis Ybarra Sagarduy

Yuridia Araceli Ahumada Álvarez

Katia Lorena Kaun Avalos

Alinne Cristina Vargas Olmedo

Gizela Denisse Wong Medina

Universidad Autónoma de Tamaulipas

Capítulo VIII.-Consistencia Interna y Estructura Factorial de un Cuestionario De Violencia Sufrida y Ejercida En La Pareja

José Moral de la Rubia

Universidad Autónoma de Nuevo León

Sandra Ramos Basurto

Universidad Autónoma de Zacatecas

CAPÍTULO V.- EFECTOS DE LA MUSICOTERAPIA EN NIÑOS CON ANSIEDAD POR DUELO. EL APRENDIZAJE INTERPERSONAL COMO INSTRUMENTO PARA LA INTERVENCIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA.

Karla Lizeth Gómez Gurany

Oscar Armando Esparza Del Villar

Juan Quiñones Soto

Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

Resumen

La ansiedad patológica es una problemática de salud mental que se expande con gran rapidez. Particularmente, en Ciudad Juárez la ansiedad ha afectado no sólo a adultos, sino también a niños y adolescentes, los cuales tienen conflictos en diversas áreas. Una de las problemáticas sociales que se viven es la violencia, y ella trae consigo pérdidas, las cuales afectan a toda la población. Se habla de cualquier tipo de pérdida que tenga como consecuencia un duelo. Este capítulo tiene como objetivo analizar la musicoterapia para ayudar a niños con síntomas de ansiedad causados por duelo. Además, se reportan los resultados en un estudio donde se utilizó la musicoterapia como tratamiento para la disminución de dicha ansiedad. Los sujetos fueron diez niños entre los 6 y 10 años con duelo, y el tratamiento tuvo una duración de ocho sesiones de una hora aproximadamente por semana. Se reporta que este tipo de terapia tuvo resultados significativos y se recomienda su uso para tratamiento en niños para reducir niveles de ansiedad.

Introducción

Ciudad Juárez ha sido arrollada por una creciente ola de delincuencia y de inseguridad la cual ha sido invadida por el miedo y la violencia. Los habitantes de esta ciudad viven, respiran y sienten dichas características día con día; y a consecuencia de todo esto, se ha visto síntomas de ansiedad y el estrés postraumático que presentan la gran

mayoría de la población de dicha región. De igual forma se ha visto que el duelo es una reacción emocional totalmente normal ante una pérdida, ya sea por la de un ser querido o de trabajo, estatus humano determinado, etc. y actualmente es un tema que se ha tocado dentro de las familias dado a las pérdidas que se han visto dentro de ellas.

Por lo tanto, la ansiedad por duelo es una consecuencia de la problemática social que se vive hoy día y es importante tratarla para de esta forma obtener una mejor calidad de vida. En lo particular, en este capítulo se tratará la ansiedad causada por duelo en niños de 6 a 10 años de edad. Existen diversas técnicas y tipos de terapia para el tratamiento de la ansiedad, y en el presente, se trabajará con la musicoterapia, en donde se estudiará qué efectos tiene en el control y disminución de la ansiedad por duelo. Es importante dar tratamiento y prevención a los niños para que en un futuro ellos mismos logren tener un control de su ansiedad, ya que es imposible eliminarla por completo, por esta razón es bueno enseñarles cómo darle un control.

La ansiedad en sus diversas presentaciones, como enfermedad, como síndrome o como síntoma, es uno de los elementos más frecuentes de la psicopatología; y por sus características como señal de peligro, semejante al miedo, está presente en casi todas las actividades que realiza cualquier individuo. La detección y tratamiento de su curso patológico es de gran importancia en la práctica tanto psicológica como médica. De igual forma, cabe señalar que la ansiedad se desencadena por factores externos que afectan la vida del ser humano, en este caso hablemos del duelo, el cual puede desencadenar síntomas de este trastorno. Y nos podemos preguntar, ¿cómo los niños pueden sufrir de ansiedad o pasar por un proceso de duelo? Con certeza se puede decir que un niño también puede padecer de ansiedad y de igual forma, dado a una pérdida, pasar por un duelo.

Este capítulo dejará ver el nivel de ansiedad que existe en niños y niñas que han pasado por alguna pérdida y que actualmente se encuentran pasando por un proceso de duelo. Esta investigación se destaca que como tratamiento a dicha ansiedad por duelo, se aplicará la Musicoterapia; no hay dato precedente del uso de esta disciplina en la presente ciudad. La musicoterapia es el empleo de la música para alcanzar objetivos terapéuticos: la recuperación, la conservación y mejoría la salud mental y física. La musicoterapia favorece también la socialización, el trabajo en equipo, la autovaloración, alienta la superación

personal; estimula experiencias individuales y grupales para la exploración de sentimientos y emociones favoreciendo de esta forma el conocimiento íntimo y el desarrollo de la autoestima. Por lo tanto la musicoterapia será un buen tratamiento para niños con ansiedad, y con demás trastornos.

“La música es sinónimo de libertad, de tocar lo que quieras y como quieras, siempre que sea bueno y tenga pasión, que la música sea el alimento del amor”.

Kurt D. Cobain, músico estadounidense

Musicoterapia

La música es quizá una de las bellas artes con mayor difusión y capacidad de comunicación en todo el mundo, se dice que es la forma más antigua de expresión tanto para el compositor, para el intérprete y para el oyente. La música es capaz de producir grandes impactos en la conducta del ser humano y frecuentemente se convierte en medio de expresión de las emociones. Una definición de este magnífico arte, la cual representa lo que en este proyecto se tratará, la menciona el compositor Luis de Pablo: “La música podría ser el arte que expresa la visión del mundo de un grupo humano a través de elementos audibles ordenados en el tiempo” (Luis de Pablo 1999, p. 74).

Se puede decir que la música está relacionada a la fisiología del ser humano tan estrechamente que es difícil darse cuenta de ello. Las bases de la música son inseparables a los cambios biológicos de cualquier ser vivo: la respiración, los latidos del corazón, el movimiento y sobre todo la relación con el medio ambiente. Por lo tanto se puede descifrar que la música (en sus diferentes ámbitos) puede mover y estimular la conducta y cognición de cualquier individuo. Por ende, la música no es sólo un distractor que da como resultado una sensación agradable que propicia una reacción física similar a un reflejo condicionado, sino que, como se mencionó implica procesos cognitivos, fisiológicos y hasta conductuales.

Al aterrizar esta relación que tiene la música con los seres humanos, partimos de una nueva variable: Musicoterapia. Una gran mayoría de las personas tiene cierta curiosidad de saber lo que es esta nueva disciplina, y lo que un musicoterapeuta puede hacer. Surgen preguntas como: ¿Ellos son músicos? ¿Me darán clases de canto? ¿Cómo la

música quitará mi tristeza? Este tipo de cuestiones aparecen porque es un campo relativamente nuevo, porque aún no está en la conciencia cotidiana y tampoco es muy aceptada en el ámbito científico y/o profesional. Pero, ¿a quién no le gusta la música? ¿Quién no se siente identificado con ella? Gran parte de las personas reconocen el poder que tiene la música para estimular o para relajar y muchos ya han descubierto sus beneficios terapéuticos a través de sus experiencias personales.

Para crear una definición clara de lo que es la musicoterapia, se tiene que considerar qué enfoque clínico es el de interés. En este caso, se tratará a la musicoterapia en un enfoque terapéutico. Bruscia (2007) menciona en su libro *Musicoterapia: Métodos y Prácticas*, la siguiente definición de acuerdo a la National Association for Music Therapy (NAMT): “La musicoterapia es el empleo de la música para alcanzar objetivos terapéuticos: la recuperación, conservación y mejoría de la salud mental y física” (p. 5). Aunque esta definición es utilizada con frecuencia, no es universal. Otra definición la cual mencionan Bravo, Cabañas, Gámara y Villarta (2000) desde un punto de vista científico, dice que “la musicoterapia es una especialización científica que se ocupa del estudio e investigación del complejo sonido-ser humano, sea el sonido musical o no, tendente a buscar los elementos diagnósticos y los métodos terapéuticos del mismo” (p. 2).

Es importante señalar que la musicoterapia no es una sola disciplina, es una combinación dinámica de varias disciplinas y de dos principales áreas: la terapia y la música. Según Bruscia, se desprenden de la música las siguientes disciplinas:

Psicomusicología	Filosofía de la música
Sociología de la música	Artes relacionadas
Etnomusicología	Educación musical
Entretenimiento	Biología de la música
Música sacra	Psicoacústica acústica

Y las disciplinas que se desprenden de la terapia son:

Psicoterapia psicológica	Teoría clínica
Trabajo social	Artes terapéuticas

Salud tradicional
 Terapia recreativa
 Asesoría pastoral

Educación especial
 Campos médicos
 Expresión audiológica

Estas son las disciplinas relacionadas con la música, mismas que confluyen con las relacionadas con la terapia para formar así una combinación llamada musicoterapia.

Lacarcel (2003) menciona que la Psicología de la Música es una de las especialidades de la psicología que se inicia a principios del siglo XX. Desde entonces ha ido evolucionando en sus métodos y objeto de estudio. Y se han podido distinguir varios campos en los que esta nueva disciplina se ha desarrollado paulatinamente. Entre ellos se encuentran las bases psicofisiológicas y psicobiológicas las cuales consideran que la música tiene efectos positivos en la personalidad y conducta del individuo así como en diversos trastornos.

Otro campo que la musicoterapia abarca es el social. Y también se menciona esta disciplina en algunos enfoques pertenecientes a la psicología como lo es el cognitivo y conductual así como dentro del área psicométrica y dentro de la investigación. Por lo tanto, la palabra musicoterapia está compuesta por “música” y por “terapia”. Rolando Benezon (2004) menciona en su libro Teoría de la Musicoterapia, que la palabra terapia proviene del griego que quiere decir: “parte de la medicina que enseña los preceptos y remedio para el tratamiento y curación de las enfermedades” (p. 13). Por ende, la musicoterapia tiene como un segundo objetivo la terapia. Este concepto nos lleva a encontrar la finalidad primordial de esta nueva disciplina que es valorizar el aspecto terapéutico de la música

“El ser humano no es cuerpo y mente o cuerpo más mente, ni psique y soma o psique y alma, ni materia y espíritu, es un todo” (Benezon, 2004, p. 40) y la musicoterapia es la disciplina que más se dirige a la totalidad del individuo. “El cuerpo humano es uno de los instrumentos sonoros más importantes tanto como reproductor como creador de estímulos, es reproductor de los sonidos de la naturaleza, pero también un exteriorizador de sus sonidos interiores y un creador de la conjunción de ambos” (Benezon, 2004, p. 22).

Ansiedad

¿Qué es la ansiedad? ¿Cómo se puede saber si se tiene ansiedad? ¿Por qué se da la ansiedad y por qué aparecen trastornos? Existen muchas razones por las cuales es importante tratar y controlar los niveles de ansiedad en los infantes y adolescentes, y una de las más relevantes es por las consecuencias que este trastorno conlleva. De hecho un gran porcentaje de adultos que sufren algún tipo de trastorno de ansiedad tiene su inicio en la infancia o en la adolescencia. Los trastornos de ansiedad son el grupo de alteraciones comportamentales más prevalentes en la infancia y en la población y, además, se relacionan con un amplio abanico de consecuencias negativas que van más allá del simple malestar, abarca también dificultades para sociabilizar y establecer relaciones estrechas con los demás, interferencia en el óptimo desarrollo, afecta el rendimiento académico, y demás (Tortella-Feliu, Servera, Balle, & Fullana, 2003).

La presencia de síntomas de la ansiedad en la infancia nos puede predecir un elevado porcentaje de casos de personas adultas con un trastorno de ansiedad. Los trastornos de ansiedad son las enfermedades psiquiátricas más frecuentes y provocan un desgaste y sufrimiento funcional importantes (Hollander & Simeon, 2004). La ansiedad puede llegar a ser nociva para el funcionamiento efectivo del individuo. Es probable que el nivel de ansiedad del individuo sea tan elevado que éste no pueda tomar decisiones o acciones adecuadas para resolver un problema. De manera clara los niveles altos de ansiedad pueden interferir con los procesos de pensamiento racional y lógico, así como en las emociones y sentimientos.

Ruiloba y Gastó (2000) citan la definición de ansiedad de Lazarus y Averil (1972): “Una emoción basada en la valoración del temor, una valoración que vincula elementos simbólicos, anticipatorios e inciertos” (p. 16). Son exactamente los mecanismos cognitivos que median entre el estímulo estresante y la respuesta emocional los que permiten distinguir la ansiedad de otras emociones. También Spielberg (1972) se refiere a la ansiedad como una reacción de tipo emocional complicada que es evocada en sujetos que interpretan situaciones concretas como personalmente amenazantes. La intensidad y duración de este estado están determinadas por la cantidad y calidad de amenaza así como

la persistencia de la interpretación cognitiva de la situación peligrosa (Ruiloba & Gastó, 2000).

En 1966 Spierlberg elaboró la teoría de ansiedad rasgo-estado. De acuerdo a esta teoría, el estado de ansiedad está influido por el nivel de estrés que se presente, mientras que el rasgo de ansiedad dependerá de las características temperamentales del individuo. Por lo tanto “la ansiedad rasgo sería más estable que la ansiedad estado cuando los individuos se encontrasen en distintas situaciones que conllevaran diferentes tipos y grados de estrés o amenaza” (Ortet & Sanchís, 2005, p. 20). Las personas más ansiosas se acostumbrarían a mostrar reacciones de ansiedad elevadas aun en momentos relativamente poco amenazantes o estresantes.

Las respuestas fisiológicas del organismo, como son el aumento en el fluido de adrenalina, palpitaciones rápidas del corazón, aumento de la transpiración, expresiones faciales, temblor de voz, palmas sudorosas, sensación de músculos tensos y malestar en la boca del estómago entre otros cambios señalan el intento de confrontar o escapar de la amenaza. Sin embargo, cuando el incidente que se percibe como amenazante en realidad no lo es, entonces el estado emocional de ansiedad resulta una conducta inapropiada y constituye una respuesta no apta para el entorno. También, este trastorno se asocia a los siguientes síntomas: inquietud o impaciencia, fatiga, dificultad para concentrarse o sensación de tener la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular, alteraciones del sueño como insomnio o sueño no reparador. La ansiedad es una serie de síntomas y no se reduce a una sola emoción, por lo tanto la conducta del individuo se ve alterada en las diferentes áreas en las que interactúa.

Según el DSM-IV, la ansiedad se clasifica por diferentes trastornos, tales como:

- Trastornos de angustia sin agorafobia
- Trastorno de angustia con agorafobia
- Fobia específica
- Fobia social

- Trastorno obsesivo-compulsivo
- Trastorno por estrés postraumático
- Trastorno por estrés agudo
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias

En cada uno de los trastornos ya mencionados se pueden presentar crisis de ansiedad también llamadas *panic attack*, por su traducción al inglés, el cual se caracteriza por la aparición de síntomas de aprensión, miedos irracionales o terror acompañados por sensaciones de muerte. Durante una crisis de ansiedad también aparecen síntomas como palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento, asfixia o miedo a perder el control.

El DSM-IV menciona que la agorafobia se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil. El trastorno de angustia sin agorafobia se presenta al momento de haber sufrido un *panic attack* y se repite dicha conducta cada vez que se presente una situación similar. El trastorno de angustia con agorafobia se caracteriza por crisis de angustia y agorafobia de carácter inesperado. La fobia específica se caracteriza por la presencia de ansiedad como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, incluyendo miedo a lugares altos, a volar, a insectos, espacios cerrados, relámpagos entre otros lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación. La fobia social se caracteriza por temor intenso a situaciones sociales, ya sea en público o en donde la persona se ve expuesta a personas que no forman parte de su familia.

El DSM-IV menciona que el trastorno obsesivo-compulsivo se caracteriza por obsesiones (que causan ansiedad y malestar significativos) y/o compulsiones (cuyo propósito es neutralizar dicha ansiedad).

El trastorno por estrés postraumático se caracteriza por sensaciones subjetivas de

desapego o ausencia de reactividad emocional así como percibir el mundo como algo extraño, la despersonalización y la negación el suceso que le haya producido algún trauma.

Al igual que el estrés postraumático, el trastorno por estrés agudo suscita al haber presenciado alguna situación que produjo algún trauma.

El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones excesivas y persistentes durante al menos 6 meses.

El trastorno de ansiedad inducido por sustancias se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico.

Por lo tanto, la ansiedad “normal” consiste en una reacción adaptativa a un peligro identificable en el entorno. Y la ansiedad de tipo patológica (trastornos de ansiedad) es una reacción desproporcionada frente a cualquier estímulo posible y persiste por encima del nivel de adaptación. Se trata de una respuesta a una amenaza indeterminada, difusa y muchas veces inexistente.

Duelo

Después de alguna pérdida como la muerte de un ser querido, de una mascota, la pérdida de un objeto, al momento de desprenderse de algo o alguien, comienza lo que es el duelo. El duelo es el reconocimiento, el hecho objetivo, de que uno ha experimentado una pérdida. La reacción del duelo se caracteriza por ser única, es una vivencia personal e intransferible, dinámica, cambiante momento a momento y con una cronología compleja, no se sabe exactamente cuándo comienza y cuando termina. Se entiende que el trabajo del duelo es algo inherente a cualquier tipo de pérdida, aunque no siempre requiere de una actuación terapéutica y la gran mayoría se resuelven espontáneamente.

“Los duelos, las reacciones ante la pérdida y la frustración, suelen comenzar con un impacto, ya que generalmente no esperamos esa pérdida” (Tizón, 2009, p. 96). Aunque el momento de la muerte o de la pérdida es una situación de gran dolor, precisamente por eso se suele reprimir rápidamente. Según Tizón (2009), en el duelo y los procesos de duelo el

sentimiento que predomina es la pena y la tristeza, no obstante, la protesta, el enfado, los sentimientos de culpa, autorreproches, añoranza y la soledad, así como la ansiedad se hacen presentes en el proceso del duelo. En su libro, *Pérdida, Pena, Duelo: Vivencias, Investigación y Asistencia*, Tizón (2009) muestra una tabla donde se desarrolla y explica las manifestaciones del “duelo normal” la cual se menciona a continuación:

Emociones y sentimientos	Tristeza Enfado Culpa y autorreproches Ansiedad Añoranza y anhelo Soledad Impotencia Shock Sensaciones de despersonalización Alivio Sentimiento de liberación
Sensaciones (emociones visceralizadas)	Insensibilidad Vacío en el estomago Opresión en el pecho, falta de aire Opresión en la garganta Hipersensibilidad al ruido Debilidad muscular Fatiga Falta de energía Sequedad de boca
Cogniciones	Irrealidad Confusión Preocupación/Dudas/Obsesiones Ilusiones/Seudoalucinaciones Alucinaciones

Conductas de duelo	Trastornos del sueño Trastornos de alimentación Distraibilidad, confusiones Aislamiento social Sueños con lo perdido/fallecido Evitación de recuerdo en relación con lo perdido/fallecido Búsquedas de lo perdido/fallecido Evitación de lugares que recuerdan lo perdido/fallecido Llanto, suspiros Llevar objetos que recuerdan... Atesorar objetos que recuerdan...
--------------------	--

Las pérdidas que se van a sufrir en la vida van a ser frecuentes y variadas y no hay forma de evitarlas. Todos hemos de perder un ser querido, un objeto muy preciado, una etapa de la vida la cual nos trajo miles de bellas experiencias. Un duelo o conjunto de duelos mal elaborados pueden volverse crónicos en cualquiera de las formas de la psicopatología, también pueden hacer recaer al individuo en su psicopatología, desequilibrando sus sistemas.

Estudio de Musicoterapia en Niños de Ciudad Juárez

Se realizó un estudio para ver la efectividad de la musicoterapia en niños con síntomas de ansiedad causados por algún tipo de duelo. A continuación se describe el estudio.

Participantes. El grupo de estudio estuvo constituido por 10 niños con diagnóstico de ansiedad causada por algún duelo. Los niños figuraban de entre 6 y 10 años de edad; de los cuales 50% eran niños y 50% niñas. Los niños de la muestra tenían una media de edad de 8.5 años (DE = 1.509).

Sobre las causas de duelo de los niños, un 60% fue el divorcio de sus padres, 20% el fallecimiento de un familiar y 20% el cambio de casa o escuela. En cuanto al estado civil de los padres de los niños un 20% eran padres casados, un 60% divorciados y un 20% viudos. Por lo tanto se observa que una de las causas fundamentales para que los niños sufran un duelo es el divorcio de los padres.

Instrumentos. Para evaluar los niveles de ansiedad de la muestra de niños que estuvieran pasando por algún duelo, el instrumento de medición que se utilizó para calcularlo fue la escala de ansiedad manifiesta en niños revisada CMAS-R de Reynolds y Richmond. El CMAS-R consta de 37 reactivos con edad de aplicación desde los 6 a 19 años de edad con un nivel de lectura de tercer grado; puede aplicarse de forma individual o grupal y brinda cuatro puntuaciones: ansiedad fisiológica, inquietud/hiperactividad-sensibilidad, preocupaciones sociales y concentración, y mentira. Los niños deben responder a cada oración “sí” si piensa que así es o “no” si el enunciado no tiene relación alguna con su persona. (Reynolds & Richmond, 1997)

Procedimiento. Los niños que participaron en la muestra asistieron a 5 sesiones de musicoterapia (ver Apéndice 1), que se llevaron a cabo una vez por semana con una duración de una hora y media. Durante las sesiones se emplearon diversas técnicas de la musicoterapia que tenían como objetivos:

- Disminuir la ansiedad de la muestra.
- Estimular la sociabilización.
- Desarrollar el trabajo en equipo.
- Desarrollar las habilidades para la interacción grupal.
- Aumentar la autoestima de los niños.
- Estimular los sentidos.
- Establecer una conexión entre el yo y el medio ambiente.

Durante la primera sesión se aplicó el pre-test de la escala de ansiedad manifiesta en niños (revisada) CMAS-R a la muestra de 10 niños que mostraron ansiedad causada por duelo. Al terminar la aplicación se hizo una breve presentación de cada uno de los niños. La segunda sesión consistió en el empleo de la musicoterapia para la relajación de los niños mediante técnicas de respiración y relajación de músculos. Utilizando piezas clásicas de compositores como Bach, Mozart, Brahms, Beethoven, Chopin, Händel, Vivaldi, entre otros.

Durante la tercera sesión se empleó la musicoterapia dentro del área de la composición dividiendo a la muestra en 2 equipos, llamados grupos musicales con nombres propuestos por los niños. La composición fue apoyada por líderes los cuales guiaban a los niños. La composición debió estar compuesta por movimientos para estimular el área motriz, sonidos producidos con su cuerpo y con apoyo de instrumentos como maracas, flautas, claves, palos de lluvia, tambores, y otros. Al final cada grupo presentó su composición. En la cuarta sesión se dio uso a la relajación con tiempo de duración de treinta minutos, iniciando con respiración y estiramiento. Luego se reprodujeron sonidos con la flauta, maracas, tambores, claves y palo de lluvia; los niños al escuchar un determinado sonido debían hacer un determinado movimiento como saltar, bailar, brincar en un solo pie, correr, marchar y aplaudir. Con esto se estimulaba al niño a relacionar sonidos exteriores con su propio cuerpo.

En la quinta y última sesión, se hicieron ejercicios de estiramiento y de respiración, donde se emplearon ejercicios de gimnasia cerebral para estimular la conexión de los hemisferios por medio del juego como la marcha cruzada de pie y en el piso. Luego los niños se pusieron en parejas para hacer técnicas como el espejo utilizando la música para promover movimientos simples, largos y tranquilos. En parejas también se usaron algunas técnicas de gimnasia cerebral como el 8 perezoso, y el sombrero de pensar, entre otros.

Para dar por terminado el taller de musicoterapia se invitó a los niños a expresar, por medio del dibujo, lo que sintieron y en lo que los ayudó la música en su vida diaria. Luego se les aplicó el post test del CMAS-R. Por último se les hizo entrega de un reconocimiento por haber concluido con éxito este taller.

Apoyando las sesiones presenciales de musicoterapia, se utilizaron CD's que contenían música la cual se utilizó de forma terapéutica dentro de casa, con apoyo de los padres o tutores (ver Apéndice 2). Se tenían diversos horarios para escuchar las piezas como a la hora de despertarse y alistarse para ir a clases, la hora de tarea y la hora de dormir. Cada día debían seguir un horario y escuchar la pieza correspondiente. Durante las sesiones se les daba a los niños una lista la cual mencionaba el día, la hora en la que se escucharía la pieza y el número de pista del CD.

Tabla 1. Plan Musical a Seguir en Casa.

Lista No. 2 Semana 2	
Lunes	Martes
Hora de despertar: Pista #8	Hora de despertar: Pista #10
Hora de tarea: Pista #3	Hora de tarea: Pista #11
Hora de dormir: Pista #6	Hora de dormir: Pista #1
Miércoles	Jueves
Hora de despertar: Pista #11	Hora de despertar: Pista #8
Hora de tarea: Pista #5	Hora de tarea: Pista #3
Hora de dormir: Pista #9	Hora de dormir: Pista #1

Nota: Este plan se les entregaba a los niños de la muestra cada sesión, cada semana se les daba un plan diferente.

Resultados. Se hizo un análisis de varianza (ANOVA) intrasujetos a los totales de las respuestas del test CMAS-R. Por medio de pretest y posttest se compararon las mediciones de la primera y de la última sesión del tratamiento. Estas comparaciones revelaron diferencias estadísticamente significativas entre los totales de ansiedad de los niños al inicio del tratamiento y los totales de ansiedad al final del mismo. Se compararon los puntajes del total de ansiedad y de las tres subescalas: ansiedad fisiológica, inquietud/hipersensibilidad y preocupaciones sociales; de las cuales todas fueron estadísticamente significativas.

La ansiedad total muestra que existió una diferencia estadísticamente significativa entre antes y después del tratamiento con musicoterapia para la reducción de ansiedad, $F(1, 9) = 9.63$, $p = 0.01$; el tamaño de efecto reportó una reducción de niveles de ansiedad muy grande ($d = 3.38$). La media en el pretest fue de 63.30 ($DE = 5.25$) y la media en el posttest fue de 51.00 ($DE = 11.03$).

La subescala de ansiedad fisiológica muestra que hubo una diferencia estadísticamente significativa, $F(1, 9) = 8.62$, $p = 0.02$, el tamaño de efecto una reducción muy grande ($d = 2.9$). En el pretest de la subescala, hubo una media de 13.20 ($DE = 1.55$) y una media en el posttest de 10.20 ($DE = 3.08$).

La subescala de inquietud/hiperactividad fue estadísticamente significativa, $F(1, 9) = 9.59$, $p = 0.01$, observándose que de igual forma hubo una diferencia muy grande ($d = 2.18$). En el pretest se obtuvo una media de 11.70 ($DE = 2.71$) y en el posttest una media de 8.90 ($DE = 3.03$).

Por último la subescala de preocupaciones sociales fue estadísticamente significativa, $F(1, 9) = 5.56$, $p = 0.04$ con una d de Cohen de 2.25, indicando una diferencia muy grande de diferencia entre el pretest y el posttest de la escala. Se obtuvo una media en el pretest de 12.40 ($DE = 1.84$) y en el posttest una media de 9.70 ($DE = 3.53$).

De la ansiedad total y las tres subescalas, se encontró que la ansiedad total tuvo una reducción muy grande en cuanto a la diferencia entre antes y después del tratamiento.

Discusión. Los resultados indican que la musicoterapia es una herramienta que ayuda, en este caso a los niños a disminuir sus niveles de ansiedad. Dentro del test aplicado se encuentran subescalas en las que abarcan diversos ámbitos tanto sociales como fisiológicos del niño; con lo que se encontró también que el empleo de técnicas musicoterapéuticas ayuda de igual forma en estos campos. La ansiedad total y las tres subescalas resultaron estadísticamente significativas ($p < .05$), con esto se pretende decir que la hipótesis planteada en el proyecto fue comprobada. La ansiedad de los niños que fueron tomados como muestra disminuyó, de acuerdo a los resultados del pretest y el posttest aplicados.

Como se mencionó anteriormente, la ansiedad de los niños fue medida en diversos campos de desarrollo, como el social, físico, emocional y académico, por lo tanto se logró observar el cambio y la disminución de la ansiedad dentro estos ámbitos. Los ítems que correspondían a la subescala de preocupaciones sociales, fueron significativamente disminuidos y esto se mostró dentro de las sesiones donde trabajaron y colaboraron en equipo, participando, comentando y haciéndose participe dentro de las técnicas. Por lo tanto eso se vio palpado y concretado en el test. Así mismo, al finalizar las sesiones se observó que los niños lograban una mayor concentración al focalizar su atención al recibir órdenes o instrucciones.

En cuanto al área fisiológica del niño, se les mostró una alternativa de liberar ansiedad por medio de la música, ya sea escuchándola, o haciendo música por medio de ellos mismos (utilizando su cuerpo para reproducir sonidos) o por medio de algún instrumento que fuera de su agrado. La ansiedad se veía reflejada en trastornos del sueño, terrores nocturnos o inquietud. Al final se detectó que la gran mayoría de los niños lograron conciliar el sueño apoyándose en la música con sonidos relajantes (ver Apéndice 3).

El empleo de la musicoterapia como herramienta para la disminución de la ansiedad ha mostrado ser muy eficaz. Sabemos con seguridad que la música es una herramienta que el ser humano ha utilizado para tratar diversas enfermedades, entre ellas la esquizofrenia y la depresión. En este caso en Ciudad Juárez existe un limitado uso de estas técnicas, por lo tanto este proyecto amplía diversas perspectivas acerca del significado y uso de la música de forma terapéutica. En el presente estudio, el uso de música clásica con niños con grados importantes de ansiedad causada por duelo como fallecimiento de algún familiar, divorcio de padres o cambios de residencia, fue considerablemente positivo. Por lo tanto la hipótesis planteada fue exitosamente comprobada.

La travesía por la que se pasó en la elaboración del presente proyecto fue toda una aventura musical. Desde analizar los sonidos de la música clásica y de piezas, algunas tan conocidas como lo es la obertura de las Bodas de Fígaro de Mozart, las Danzas Húngaras No. 5 de Brahms, entre otras; recolectar música no tan conocida y analizar e investigar los sonidos estimulantes e inhibitorios. Desde trabajar con niños de diversas edades y lograr un ambiente equilibrado. Adentrarse a la música de forma terapéutica fue algo personalmente

enriquecedor y con seguridad se sabe que también fue enriquecedor para los niños que fueron partícipes del taller y del proyecto.

“La música es el corazón de la vida. Por ella habla el amor; sin ella no hay bien posible y con ella todo es hermoso”.

Franz Liszt, pianista y compositor austriaco de origen húngaro

Referencias

- Benezon, O. (2004). Teoría de la musicoterapia. Madrid: Mandala Ediciones.
- Bravo, M. J., Cabañas, A. M., Díez, F., Gámara, M. C. & Villarta, E. (2000). Musicoterapia. México.
- Bruscia, K. (2007). Musicoterapia, métodos y prácticas. México: Pax México.
- Hollander, E. & Simeon, D. (2004). Guía de trastornos de ansiedad. España: Elsevier
- Ortet, G. & Sanchís, M. C. (2005). Prácticas de psicología de la personalidad. Barcelona: Ariel.
- Reynolds, C. & Richmond, B. (1997). Escala de ansiedad manifiesta en niños revisada, manual. México: Manual moderno.
- Ruiloba, J. V. & Gastó, F. C. (2000). Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. Barcelona: Masson.
- Tizón, J. (2009). Pérdida, pena, duelo: Vivencias, investigación y asistencia. España: Paidós.
- Tortella-Feliu, M., Servera, M., Balle, M. & Fullana, M. A. (2003). Viabilidad de un programa de prevención selectiva de los problemas de ansiedad en la infancia aplicado en la escuela. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 371-387.

Apéndice 1

Bitácora de las Sesiones

1ª Sesión 14 octubre 2011

Este día se hizo la presentación de los niños. Cada uno dijo su nombre, edad y lo que más le gusta hacer; esto para poder conocerlos y crear un ambiente de confianza y respeto entre ellos mismos. Posteriormente se les dio una pequeña explicación sobre el taller de musicoterapia, se aclararon dudas que surgieron, para posteriormente aplicar el instrumento de medición de Ansiedad: Test CMAS-R de Reynolds y Richmond.

2ª Sesión 21 octubre 2011

Empleo de la musicoterapia para relajación. Se aplicó a la muestra una técnica de relajación, utilizando tensión-relajación. Se escucharon piezas clásicas de compositores como Bach, Mozart, Brahms, Beethoven, Chopin, Händel, Vivaldi, entre otros. Todas las piezas fueron seleccionadas cuidadosamente para la relajación.

3ª Sesión 28 octubre 2011

Empleo de la musicoterapia dentro del área de la composición. Se dividió a la muestra en 2 equipos llamados grupos musicales con nombres propuestos por los niños. La composición fue apoyada por líderes los cuales guiaban a los niños. La composición debió estar constituida por movimientos para estimular el área motriz, sonidos producidos con su cuerpo, letra o sonidos producidos por su voz y con apoyo de instrumentos como maracas, flautas, claves, palos de lluvia, tambores, etc. Al final cada grupo presentó su composición.

4ª Sesión 4 noviembre 2011

Empleo de la musicoterapia para relajación con una duración de 30 minutos, iniciando con respiración y estiramiento; utilizando piezas de compositores como Mozart, Händel y Vivaldi. Posteriormente se realizó una actividad en la que los niños guiaban el “juego”: En el frente se encontraban 3 niños, los cuales cada uno elegía un instrumento musical y a cada

instrumento le otorgaban un movimiento para que los demás niños, al escuchar el sonido que emitía el instrumento, hicieran el movimiento correspondiente. Por ejemplo, cuando sonaban los tambores el movimiento que se tenía que hacer era marchar, cuando sonaban las maracas se tenía que brincar, etc. Los movimientos eran marchar, brincar, bailar, brincar con un solo pie, aplaudir.

5ª Sesión 11 noviembre 2011

Última sesión de musicoterapia.

Primeramente se hicieron los ejercicios de estiramiento y de respiración, luego se continuó con ejercicios de gimnasia cerebral para estimular la conexión de los hemisferios por medio del juego como la marcha cruzada de pie y recostados, ocho perezoso, ejercicios de coordinación vista-movimiento, de coordinación brazo-pierna y derecho-izquierdo. Posteriormente los niños se pusieron en parejas para hacer técnicas como el espejo utilizando la música con diversos ritmos y tempos para promover movimientos simples, largos y tranquilos; siguiendo siempre el ritmo de la pieza entonada. En parejas también se usaron algunas técnicas de gimnasia cerebral como el ocho perezoso adecuándolo a un juego de parejas, el sombrero de pensar, entre otros.

Para dar por terminado el taller de musicoterapia se invitó a los niños a por medio del dibujo, expresar lo que sintieron y en lo que los ayudó la música en su vida diaria. Luego se les aplicó el post test del CMAS-R. Para cerrar el taller se le entregó a cada niño un reconocimiento por haber concluido con éxito este taller.

Cada sesión se comenzaba con un momento en el que los niños de la muestra hacían ejercicios de relajación, estiramiento y relajación. Se iniciaba respirando, tratando de hacer consciente la respiración, comenzando a un ritmo normal, luego acelerando y al final haciendo respiraciones largas y lentas. Luego se relajaban los músculos por medio del estiramiento de brazos, cabeza y piernas. El objetivo de esto era lograr que los niños hicieran conscientes sus movimientos y que ellos se dieran cuenta que tienen el control de su cuerpo al ellos decidir tensar o relajar los músculos.

Apéndice 2

Lista CD Taller Musicoterapia

Nocturnos de Chopin en Si mayor Op. 32 No. 1

Brandenburg concert No. 1 de Bach

Concierto para violín en Re de Beethoven

Concierto para piano y orquesta No. 22 de Mozart

Sinfonía No. 29 en La mayor de Mozart

Concierto de Aranjuez Adagio de Joaquín Rodrigo

New age, gandalf rhythm of the tides

Las bodas de Figaro. Obertura de Mozart

Serenade de Schubert

J'ai trop de sommeil de Mozart

Pequeña serenata nocturna de Mozart

Sueño de amor de Listz

Karelia suite alla marcia de Jean Sibelius

Música utilizada en sesiones:

Air suite para Orquesta No. 3 de Johann Sebastian Bach

Música acuática de Händel

Canon en Re de Pachebel

Sonata Claro de Luna de Beethoven

Twist and shout de The Beatles

Let it be de The Beatles

Obertura Opera Carmen de Bizet

Las cuatro estaciones de Vivaldi

Danzas húngaras de Brahms

Apéndice 3

Dibujos hechos por los niños al finalizar la terapia.



Dibujo de niño de 7 años



Dibujo de niña de 7 años



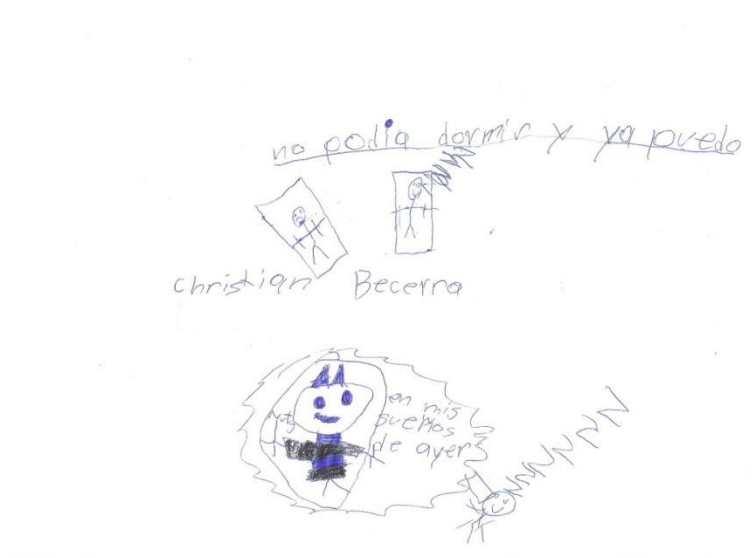
Dibujo de niña de 9 años



Dibujo de niña de 7 años



Dibujo de niño de 7 años



Dibujo de niño de 6 años

CAPITULO VI.- FUENTES, SÍNTOMAS Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS EN UNIVERSITARIOS DE MÉXICO Y ARGENTINA

Cristina González

Universidad de Colima, México

Sara Lidia Pérez Ruvalcaba

Paula Irueste

Aleida Martínez Pedraza

Iván Uliánov Jiménez Macías

Universidad Nacional de Córdoba, Argentina

Resumen

El estrés impacta a nivel biopsicosocial. La presente investigación tiene como objetivo describir la percepción del estrés en un estudio piloto con universitarios de la Universidad de Colima en México (UdeC) y la Universidad Nacional de Córdoba en Argentina (UNC).a Se utilizó como instrumento el cuestionario FUSIES (Fuentes, síntomas y estrategias de afrontamiento al estrés), el cual se aplicó a 718 estudiantes de la UNC y a 779 de la UdeC, con rango de edad de 18 a 28 años. Se identificó que en ambas poblaciones, los estresores, síntomas y estrategias son los mismos (falta de tiempo, injusticia de las autoridades, ansiedad, preocupación, buscar solución al problema y escuchar música), en nivel de 3 (1 a 5 donde 1=nulo y 5=extremo), diferenciándose en posición por décimas en promedios estimados. Se vislumbra ampliar la muestra en países de habla hispana, para realizar estudios interculturales y generar nuevas líneas de investigación a realizarse en red de colaboración con pares académicos.

Introducción

Si bien existen diferencias en cuanto a exigencias académico-administrativas, entre los programas de la Universidad de Colima (U de C) y la Universidad de Córdoba (U.N.C.), ambos tienen una tendencia a presentar en los perfiles del egresado el dominio y la pericia en una serie de competencias profesionales. Existen competencias que en términos generales, contemplan conocimientos y capacidades intelectuales, habilidades y destrezas, actitudes y valores, factibles de ser desarrolladas en modalidades teórico-prácticas, tutorial, seminario-taller, a través de diversos métodos de aprendizaje como son el basado en problemas, expositivo, estudio de casos. De una u otra forma, tales competencias requieren evaluarse en distintos momentos del año.

La evaluación de los conocimientos adquiridos suelen ser estresantes para universitarios, al percibirse con limitado control para responder acertadamente u obtener los niveles de calificaciones esperados. Percepción que se ve mediada por características propias, el contexto en el que se desarrolle y habilidades académico-personales.

El estrés tiene un impacto negativo en la salud ya que disminuye la competencia inmunológica del individuo sometido a situaciones de este orden. Las estrategias de afrontamiento pueden regular o mediatizar dichas consecuencias negativas (Viñas y Caparrós, 2000), por lo tanto, el estrés en universitarios podrá verse reflejado en su desempeño académico.

Barraza (2005) enfatiza la necesidad de continuar investigando sobre el tema, después de realizar un estado del arte del estrés en el nivel educativo con estudios de Fornés Vives, Fernández Bennasar y Marín Ibáñez (2001, Situaciones de estrés y estrategias de afrontamiento en alumnos de educación social); Astudillo, Avendaño, Barco, Franco y Mosquera (2003, Efectos biopsicosociales del estrés en estudiantes de la Pontificia Universidad Javeriana de Santiago de Cali); Duque Arias (1999, Variables psicosociales relacionadas con el rendimiento académico de los alumnos de la Universidad Santo Tomás en Colombia); Polo, Hernández y Poza (1996, Evaluación del estrés académico en estudiantes universitarios); Barraza (2003, El estrés académico en los alumnos de postgrado de la Universidad Pedagógica de Durango).

Así mismo, Caldera, Pulido y Martínez, (2007) concluyen que los resultados obtenidos manifiestan tendencias interesantes entre el nivel de estrés y el rendimiento académico de los estudiantes, que obligan a profundizar sobre el tema.

Pareciera haber también insuficiente información sobre la percepción de estrés entre estudiantes universitarios de distintos países y particularmente entre países de Latinoamérica. Tal situación nos muestra la pertinencia de ampliar las líneas de investigación en torno al estrés en universitarios, identificando las diferencias en estudiantes de diferentes países, tema central de la presente investigación.

La presente investigación considera estos aspectos y la perspectiva teórica de Lazarus y Folkman (1984), donde muestra que es importante determinar tanto las fuentes detonadoras, los síntomas producidos y las estrategias de afrontamiento utilizadas como amortiguadores de los efectos negativos del estrés. Este trabajo presenta los resultados preliminares de la investigación sobre la percepción del estrés reportada por una muestra de estudiantes de la Universidad de Colima, México y la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

Marco Teórico

El estrés se popularizó con Hans Selye (1956), quien estableció la existencia de la respuesta pituitario adrenocortical en la situación estresante. Lazarus y Folkman (1986) identificaron la presencia cognitiva de evaluación y su impacto, para su mantenimiento o eliminación donde el modelo denominado transaccional que sustenta sus postulados se centra básicamente en la consideración de que las transacciones entre el individuo y su entorno dependen del impacto del estresor ambiental, impacto que es mediatizado en primer lugar por las evaluaciones que hace la persona del estresor y, en segundo lugar, por los recursos personales, sociales o culturales disponibles para hacer frente a la situación de estrés.

Tal como señala Farkas (2002), en este enfoque no existen eventos estresantes per se, sino que lo relevante es la evaluación o percepción que tiene la persona sobre éstos y a

partir de la evaluación se activa el proceso de afrontamiento, a través del cual el individuo busca manejar las demandas de la relación con su entorno.

El estrés se asocia a la función inmune suprimida, salud y a problemas de comportamiento y puede conducir a problemas crónicos de salud (Richtsmeier, Culbert & Kaiser, 2003). El sistema alostático se pone en marcha por la acumulación de distintos acontecimientos aversivos que dan lugar al desgaste de los tejidos y órganos, provocando, a largo plazo, la enfermedad (McEwen, 1995, citado por Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003).

Así mismo, el estrés genera y/o exacerba síntomas como, gastritis, dermatitis, cansancio, entre otros, que repercuten en la falta de concentración y la recuperación de la memoria (Domínguez et al., 2002), el aumento de la tensión muscular, relacionándose una sobrecarga funcional, desequilibrio postural y estático, alteraciones psicológicas (Guitart, Giménez-Crouseilles, 2002). Así se como se establece un círculo vicioso entre el estresor y los síntomas que se desencadenan.

Existe supresión de células T y de la actividad de las células Natural Killers durante periodos de exámenes (situaciones percibidas como altamente estresantes) en estudiantes de Medicina (Kiecolt-Glaser, Glaser & Strain, 1986). Los estresores pueden ser familiares, interpersonales, laborales, ambientales (Domínguez et al., 2002) y académicos (Guitart & Giménez-Crouseilles, 2002). Los cambios en el nivel de exigencia crean discrepancias que pueden hacer decrecer el nivel de control del estudiante (Polo, Hernández & Poza (1996), citando a Fisher, 1986). El estrés académico es potencial generador, con otros factores, del fracaso académico universitario. Se presenta en cualquier situación escolar en la que se identifique pérdida de control.

Por lo anterior, el propósito del presente estudio fue identificar la percepción del estrés en universitarios con el fin de sentar las bases para posteriores estudios interculturales en el ámbito académico sobre el tema.

Objetivo

El objetivo del estudio fue identificar la percepción del estrés a través de los componentes de fuentes, síntomas y estrategias de afrontamiento en una muestra de

universitarios de la Universidad de Colima, México y de la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

Método

Sujetos. 1497 estudiantes, 718 de la Universidad Nacional de Córdoba y 779 de la Universidad de Colima. El rango de edades fue de 18 a 28 años, de ambos sexos. Los sujetos eran cursantes de distintas licenciaturas dentro del área de Humanidades y Ciencias de la Salud.

Instrumento. Se utilizó el cuestionario FUSIES (Fuentes Síntomas y Estrategias de Afrontamiento al Estrés), creado en castellano, validado y confiabilizado en la Universidad de Colima, en estudiantes de nivel licenciatura, con un alfa de Cronbach de .95 para todos sus ítems. En el análisis de componentes principales con rotación Quartimax se diferenciaron las dimensiones del estrés en síntomas, fuentes y estrategias de afrontamiento. Cuenta con 135 ítems con opciones de respuesta tipo Likert de 1 a 5. El bloque de estresores evalúa 45 fuentes en la escala de 1 (nada) a 5 (extremo), el bloque de síntomas identifica 60 ítems y el bloque de estrategias de afrontamiento 30 ítems; estos dos últimos en la escala del 1 (nunca) a 5 (siempre).

Procedimiento. Se aplicó el cuestionario a una muestra no aleatoria intencional de estudiantes de licenciatura dentro de las instalaciones de las Universidades de Colima y Nacional de Córdoba y en fechas cercanas a evaluaciones. Los estudiantes fueron informados del objetivo tanto de la investigación como del instrumento respondiéndoseles las dudas generadas durante su resolución. Con el fin de seguir las reglas éticas, se aplicó de manera anónima y se capacitó a los aplicadores del instrumento en el área de manejo de estrés, evaluación y retroalimentación de las respuestas emitidas.

Criterios de inclusión. Los sujetos debían ser estudiantes de licenciatura pertenecientes a las carreras de humanidades y salud, y tener entre las edades de 18 y 28 años de edad.

Resultados

Los resultados reflejaron las respuestas reportadas por los estudiantes de Argentina y de México en función a los promedios; en función a éstos, se describieron solo los 4 primeros lugares más representativos de fuentes, síntomas y estrategias de afrontamiento de estrés.

En cuanto a los estresores, en Argentina, en primer lugar se presentó la falta de tiempo, en segundo lugar con valor muy semejante, la injusticia de la autoridad y en tercer lugar las peleas o discusiones, junto con problemas familiares. En México el mayor estresor fue la injusticia de la autoridad, en segundo lugar el trabajar en exceso, luego problemas familiares y falta de tiempo en cuarto lugar. Ambos compartieron como fuentes mas frecuentes: la injusticia de la autoridad, la falta de tiempo y los problemas familiares (Tabla 1).

Tabla 1. Fuentes Más Frecuentes de Estrés

Argentina	México
Falta de tiempo (3.91)	Injusticia de las autoridades (3,60)
Injusticia de la autoridad (3.90)	Trabajar en exceso (3,53)
Pelea o discusiones (3,76),	Problemas familiares (3.50)
Problemas familiares (3.76)	Falta de tiempo (3,49)

Los síntomas más frecuentes en Argentina fueron: ansiedad, cansancio, preocupación y tensión de espalda; en México fueron: preocupación, cansancio, tensión de espalda y desvelarse. Se compartió en el segundo lugar el síntoma de cansancio y, en distinto orden de prioridad, pero dentro de los más frecuentes, el de preocupación y tensión de espalda (Tabla. 2).

Tabla 2. Síntomas Más Frecuentes De Estrés

Argentina	México
Ansiedad (3,46)	Preocupación (3,22)
Cansancio (3,38)	Cansancio (3,08)
Preocupación (3,37)	Tensión de espalda (2,94)
Tensión de espalda (3,13)	Desvelarse (2,89)

En Argentina las estrategias más frecuentes fueron: buscar soluciones al problema, escuchar música, buscar compañía de amigos y tratar de calmarse; en México fueron: escuchar música, buscar solución al problema, respirar profundamente y el arreglo personal. Se compartió el buscar soluciones y la de escuchar música y difirieron en el tercer y cuarto lugar, donde los argentinos reportan el buscar amigos y el tratar de calmarse y los mexicanos respirar profundamente y el arreglo personal, como amortiguadores del estrés (Tabla 3).

Tabla 3. Estrategias de Afrontamiento Más Utilizadas

Argentina	México
Buscar solución al problema (3.65)	Escuchar música (3.61)
Escuchar música (3.36)	Buscar solución al problema (3.58)
Buscar compañía de amigos (3.35)	Respiración profunda (3.45)
Tratar de calmarse (3,21)	Arreglo personal (3.43)

En referencia a las fuentes de estrés, ambas poblaciones presentaron resultados semejantes; para los argentinos tanto la falta de tiempo como la injusticia de la autoridad se ubican en los primeros lugares, para los mexicanos dicha injusticia y el trabajo en exceso ocupan estos primeros puestos. La falta de tiempo, como un estresor importante en los

argentinos, podría tener una equiparación con el trabajo en exceso, ítem que los estudiantes mexicanos consideran como una elevada fuente de estrés

En cuanto a síntomas en ambas universidades se reportaron el cansancio, preocupación y tensión de espalda entre las más frecuentes y existen diferencias tales como: en Argentina se menciona la respuesta de ansiedad como síntoma frecuente, y en México, el síntoma más frecuente es el insomnio.

Se encuentra la misma relación de semejanza en las estrategias de afrontamiento, ya que las más utilizadas para ambos fueron la búsqueda de soluciones y escuchar música. La diferencia residió en que los estudiantes argentinos sitúan la búsqueda de soluciones en primer lugar y escuchar música en segundo lugar, mientras que los estudiantes mexicanos utilizan la estrategia de escuchar música más frecuentemente y la búsqueda de soluciones, en segundo lugar.

Discusión

Dahlin, Ursberg y Runeson (2010) muestran diferencias significativas entre el estrés de la muestra estudiada (Argentina y Suecia), lo que no coincide con los resultados obtenidos en la presente investigación. Ciertamente es, que se trata de países en continentes diferentes por lo que podría pensarse que la similitud de pertenencia entre países latinoamericanos es mayor en cuanto al manejo del estrés.

Carballo et al. (2011), están de acuerdo con Álvarez-Hernández et al. (2008), en que la ansiedad frente a exámenes produce un aumento de consumo de sustancias psicoactivas en población española estudiada entre las carreras de Medicina y Psicología. Ante esto cabe señalar que los universitarios encuestados en la presente investigación no reportan el uso de éstas sustancias dentro de las estrategias más utilizadas (rango 3) para el manejo del estrés.

Si consideramos que “la agresividad parece estar presente en diversas actividades docentes, mostrándose incluso en mayor grado en estudiantes con dificultades académicas y especialmente bajo la exposición a estímulos o situaciones estresantes, como sería el caso de la realización de exámenes y pruebas académicas”, en españoles (Fernández-Castillo, 2009, p. 481), estamos de acuerdo y acertamos que es necesario ahondar sobre el tema de la

percepción como estresor de la “injusticia de las autoridades, ya que tanto en la población estudiada de Argentina como de México se presentó en un rango de 3, enfatizándose que para los Mexicanos la percepción fue 3.60 y para los Argentinos de 3.90; al redondear tales cifras, ambas poblaciones quedan en un rango de 4, siendo los valores más altos obtenidos.

Conclusiones

Si bien el nivel de estrés reportado se encuentra en el rango de nivel 3 en ambas poblaciones, se observa una leve diferencia, presentándose mayores puntajes en las fuentes y síntomas en estudiantes argentinos que en los mexicanos. También Puede observarse una ligera diferencia en las estrategias de afrontamiento, donde aunque las 4 opciones más escogidas son semejantes (con excepción del arreglo personal, que en la muestra Argentina no se menciona y en la muestra colimense sí) los porcentajes mexicanos fueron más altos.

Las similitudes son notoriamente mayores, por lo que surge de estos resultados la inquietud de seguir investigando sobre el porqué de éstas aun siendo culturas y condiciones académicas diferentes. Se propone para futuras investigaciones ampliar la muestra para observar consistencia en éstas similitudes y/o discriminar las pequeñas diferencias, así como de aplicar en otros países o poblaciones para pensar sobre el grado de generalización posible de estos resultados.

Los resultados presentados en este estudio comparativo entre 2 muestras de estudiantes universitarios de Argentina y México deben tomarse con cautela, pero sugieren que la nacionalidad no sería variable de impacto diferencial en cuanto a fuentes, síntomas y estrategias de afrontamiento del estrés.

Referencias

Barraza, M. (2005). Características del estrés académico de los alumnos de educación media superior. *Revista Electrónica Psicología Científica*,(4), 2. Recuperada de <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologiapdf-19-caracteristicas-del-estres-academico-de-los-alumnos-de-educacion-media-superior.pdf>

- Caldera Montes, J. F., Pulido Castro & B. Martínez González, M. (2007). Niveles de estrés y rendimiento académico en estudiantes de la carrera de Psicología del Centro Universitario de Los Altos . *Revista de Educación y Desarrollo*, (7), 77-82.
Recuerado de
www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/.../007_RED_completa.pdf
- Carballo, J., Vila, M., Pons, C., Espada, P., Piqueras, J. & Orgilés M. (2011). Diferencias en el consumo de sustancias psicoactivas y psicofármacos entre estudiantes de Medicina y psicología en época de exámenes. *Health and Addictions*, 11(1), 19-30.
Recuperado de
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=13&hid=127&sid=582484ca-1e97-425c-85ef-06c0451732ce%40sessionmgr104>
- Dahlin, M. Ursberg, A. & Runeson, B. A (2010). Comparative study of stress and mental health among Argentinean and Swedish medical students. *The Internet Journal of Medical Education*, 1(1). Recupeardo de www.ispub.com/.../a-comparative-study-of-stress-and-mental-health
- Domínguez, B., Valderrama, P., Olvera, Y., Pérez, S., Cruz, A. & González, L. (2002). *Manual para el taller teórico-práctico de manejo del estrés*. México: Plaza y Valdez.
- Farkas, C. (2002). Estrés y Afrontamiento en estudiantes universitarios. *Pontificia Universidad Católica de Chile. Rev.Psyke*, 11(1), 57-68.
- Fernández-Castillo, A. (2009). Ansiedad durante pruebas de evaluación académica: influencia de la cantidad de sueño y la agresividad. *Salud Mental*, 32(6), 479-486.
Recuperada de
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=14&hid=127&sid=582484ca-1e97-425c-85ef-06c0451732ce%40sessionmgr104>
- Guitart, J. & Giménez-Crouseilles, J. (2002). Prevalencia de la tensión muscular elevada, evaluada con un método semiobjetivo, y estudio de factores asociados a la misma en una población reumatológica. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 9, 5-12.

- Kiecolt-Glaser, J. K., Glaser, R., Strain, E. C., Stout, J. C., Tarr, K. L., Holliday, J. E., & Speicher, C. E. (1986). Modulation of cellular immunity in medical students. *Journal of Behavioral Medicine*, 9(1), 311-320.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nueva York, Springer Publishing Company.
- Polo, A. Hernández, J.M. & Poza, C. (1996) Evaluación del estrés académico en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 2(2-3), 159-172. Recuperado de www.unileon.es/estudiantes/atencion_universitario/articulo.pdf
- Richtsmeyer, L., Culbert, T. & Kaiser, P. (2003). Helping children with stress and anxiety: An integrative medicine approach. *Applied Psychophysiology & Biofeedback. Special Issue of Biofeedback*, 3(1), 12-16.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw Hill.
- Sierra, J., Ortega, V. & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: Tres conceptos a diferenciar. *Revista Maestare Sujetivida de Fortaleza, III* (1), 10-59.
- Viñas, F. & Caparrós, B. (2000). Afrontamiento del periodo de exámenes y sintomatología somática autoinformada en un grupo de estudiantes universitarios. *Revista Electrónica de Psicología*, 4(1). Recuperado de http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol4num1/art_5.htm.

CAPITULO VII.- TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN ADULTOS. UNA PROPUESTA DE PRÁCTICA CLÍNICA BASADA EN LA EVIDENCIA (PCBE)

Luz Adriana Orozco Ramírez

José Luis Ybarra Sagarduy

Yuridia Araceli Ahumada Álvarez

Katia Lorena Kaun Avalos

Alinne Cristina Vargas Olmedo

Gizela Denisse Wong Medina

Universidad Autónoma de Tamaulipas

Resumen

En este capítulo se analiza en una serie de casos clínicos, el procedimiento realizado para la formulación del caso, el proceso de la intervención terapéutica de tipo cognitivo-conductual breve, con una propuesta basada en los protocolos con apoyo empírico que han demostrado eficacia en la intervenciones de padecimientos psicológicos sobre trastornos relacionados con la ansiedad como: trastornos de ansiedad por enfermedad médica, trastornos adaptativos mixtos y estrés postraumático en adultos. Además, se comprueba la eficacia de la intervención basándose en los resultados obtenidos al término de la misma.

Introducción

Los síndromes ansiosos como los depresivos, son las formas de psicopatología más frecuentes en México. La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica de México aplicada en 2003, en personas de 18 a 65 años de edad de zonas urbanas, mostró que uno de cada cinco individuos presenta, al menos, un trastorno mental en un momento de su vida. Los trastornos de ansiedad son los más prevalentes (14.3% los ha presentado alguna vez en la vida), los más crónicos y se reportan con edades de inicio más tempranas (Medina, Borges, Lara, Benjet, Blanco & Fleiz, 2003). Además, existen estudios que muestran una mayor prevalencia de estos trastornos entre los 15 y los 45 años de edad, con una

proporción mayor para las mujeres que para los hombres, de 2 a 1 respectivamente (Virgen, Lara, Morales & Villaseñor, 2005).

La ansiedad es una respuesta emocional o conjunto de respuestas que engloba: aspectos subjetivos o cognitivos de carácter displacentero, aspectos corporales o fisiológicos caracterizados por un alto grado de activación del sistema periférico y aspectos observables o motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos (Miguel-Tobal, 1996).

Los trastornos de ansiedad se contemplan como un grupo de trastornos dentro de la clasificación Internacional de Enfermedades Mentales de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10) (1993) conformada por: trastorno de ansiedad generalizada y agorafobia, crisis de pánico, fobia social, fobia específica, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de estrés postraumático. Los manuales de diagnóstico y estadísticas de los trastornos mentales más recientes (DSM-IV y DSM IV-TR) creados por la Asociación Americana de Psiquiatría reconocen doce trastornos de ansiedad (APA, 1995, 2000).

Dentro de estos tipos de trastornos existe el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) debido a enfermedad médica que tiene como característica la existencia de ansiedad clínicamente significativa que se considera secundaria a los efectos fisiológicos de una enfermedad médica. Entre los síntomas cabe incluir ansiedad prominente y generalizada, crisis de angustia, obsesiones y compulsiones (APA, 2000). Los síntomas provocan una disminución de la calidad de vida de las personas afectadas y en consecuencia la pérdida gradual de la funcionalidad psicosocial de las mismas; por esto la investigación clínica se ha enfocado hacia estudios del tratamiento no sólo farmacológico, sino también psicológico en este trastorno (Albarracín, Carreras, Rejas & Rovira, 2008).

Para determinar si los síntomas de ansiedad se deben a una enfermedad médica, el clínico debe identificar el mecanismo fisiológico por el cual esa enfermedad puede ser considerada responsable de los síntomas de ansiedad. Los síntomas más comunes que se presentan en este trastorno son temblores, sacudidas, inquietud motora y dolores o entumecimientos musculares; síntomas somáticos como manos frías y pegajosas, boca seca,

sudoración, náuseas, diarreas, problemas para tragar o sensación de que se tiene algo en la garganta, respuestas de sobresalto exageradas y síntomas depresivos (APA, 2000).

En la actualidad la población mexicana está sometida a diversos factores estresantes, la mayoría de ellos son de tipo ambientales, creando alteraciones emocionales que si no son atendidas a tiempo pueden desarrollar patologías de mayor gravedad. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (APA, 2000) define al Trastorno Adaptativo (TA) como la aparición de síntomas emocionales o conductuales clínicamente significativos en respuesta a un agente estresante psicosocial identificable dentro de los tres meses siguientes al inicio del estímulo estresante. Estas manifestaciones se caracterizan por una adaptación inadecuada a cambios en el estado de ánimo superiores a lo esperable dada la naturaleza del acontecimiento estresante y un deterioro significativo de las actividades sociales, laborales o académicas. El estresante puede ser un acontecimiento simple (p. ej., la terminación de una relación sentimental) o deberse a factores múltiples (p. ej., dificultades importantes en los negocios y problemas conyugales). Los estresantes son a veces recurrentes (p. ej., asociados a crisis estacionales en los negocios) o continuos (p. ej., vivir en un barrio de criminalidad elevada). En el diagnóstico multiaxial es recomendable que el estresante específico se señale en el Eje IV (Caballo, 2006).

Otro trastorno de ansiedad es el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) siendo este un trastorno psicológico, en extremo desgastante y que genera un daño significativo en numerosas facetas de la calidad de vida de una persona (Nezu, Nezu, & Lombardo, 2006). De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (APA, 2000) la característica esencial del TEPT es el desarrollo de síntomas característicos en una persona luego de que ha experimentado, presenciado o le han relatado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás. La respuesta de la persona al suceso debe presentar temor, desesperanza o terror.

Los síntomas de activación del TEPT son la reexperiencia persistente del suceso traumático, evitación de estímulos y síntomas asociados con el trauma, embotamiento de la capacidad general de respuesta y síntomas de activación elevada. El cuadro clínico debe estar presente durante más de un mes, y la perturbación causa malestar clínico significativo, deterioro social, laboral o de otras áreas importantes del funcionamiento de quien lo padece

(Nezu, Nezu, & Lombardo, 2006). En este trastorno se presentan constantemente, síntomas de ansiedad o aumento de la activación que no existían antes del trauma. El TEPT puede ser agudo (síntomas que duran menos de tres meses) o crónico (duración de más de tres meses); este último es el más común. Si bien los síntomas se desarrollan al menos seis meses después de la exposición al trauma se codifica como “inicio demorado” (APA, 2000).

Práctica Clínica Basada en la Evidencia (PCBE)

En el 2005, la American Psychological Association (APA) organizó un grupo de trabajo donde se llegó a un consenso sobre la definición de la Práctica Basada en la Evidencia en la Psicología (*Evidence-Based Practice in Psychology*, EBPP). Esta supone la integración de la mejor evidencia disponible de investigación sobre intervenciones eficaces con la experiencia clínica teniendo en cuenta el contexto de las características del paciente, la cultura y sus preferencias (APA, 2005). Por lo tanto, esta definición se inspira en la definición de la Medicina Basada en la Evidencia formulada por el Instituto de Medicina (2001, adaptada de Sackett, Straus, Richardson, Rosenberg, y Haynes, 2000): "la práctica basada en la evidencia es la integración de la mejor evidencia de investigación con la experiencia clínica y los valores del paciente " (p. 147).

Es importante aclarar la relación entre la Práctica Clínica Basada en la Evidencia (PCBE) y los Tratamientos con Apoyo Empírico (TAE). El primero es un concepto más amplio. Los TAE se centran en si un tratamiento es eficaz para un cierto desorden o problema bajo circunstancias específicas. La PCBE parte del paciente y se pregunta qué pruebas de la investigación (incluidos los resultados relevantes de los estudios sobre eficacia de tratamientos) ayudará a los psicólogos en la consecución de los mejores resultados. Además, los TAE son tratamientos psicológicos específicos sobre los que se ha demostrado su eficacia en ensayos controlados, mientras que PCBE abarca una gama más amplia de las actividades clínicas (por ejemplo, la evaluación psicológica, la formulación del caso, las relaciones en terapia). Así la PCBE plantea un proceso de toma de decisiones para la integración de múltiples fuentes de la investigación (incluyendo la evidencia de los

estudios controlados sobre eficacia de los tratamientos pero no limitado a esto) en el proceso de intervención (APA, 2005; Llobell, Frias & Monterde, 2004).

Por lo tanto, la Práctica Clínica Basada en la Evidencia (PCBE) supone un enfoque en la intervención clínica que establece la integración de tres componentes principales: la mejor investigación disponible, la experiencia clínica, y características de los pacientes.

Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos de Ansiedad

En las dos últimas décadas ha habido un gran desarrollo en el campo del tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de ansiedad. En la actualidad, se dispone de procedimientos de intervención bien establecidos y que han demostrado su eficacia para casi todas las variantes de la ansiedad, en comparación con grupos de control sin tratamiento, listas de espera y tratamiento farmacológico, y que llegan a aumentar sus efectos en el período de seguimiento (Caballo y Mateos, 2000; Olivares, Sánchez & Alcázar, 1999). Y aunque dichos enfoques terapéuticos difieren dependiendo del trastorno específico, la mayoría contienen procedimientos basados en la exposición, algún tipo de terapia cognitiva o de atención a factores cognitivos y emocionales, que pueden encontrarse incluso fuera de la conciencia del paciente, y estrategias de afrontamiento y de solución de problemas, además de factores no específicos (Caballo & Mateo, 2000; Barlow & Lehman, 1996).

Por lo tanto, el tratamiento cognitivo-conductual es un tratamiento con apoyo empírico (TAE) que se debe tener en cuenta en las decisiones clínicas en la intervención de cualquier trastorno de ansiedad.

A continuación, en este capítulo se exponen casos clínicos referentes a diversos tipos de trastornos de ansiedad como son la ansiedad generalizada debido a enfermedad médica, trastorno adaptativo mixto y trastorno de estrés postraumático siguiendo el enfoque de la Práctica Clínica Basada en la Evidencia (PCBE). Así, se detalla todo el proceso de la intervención psicológica desde la recolección de información, los instrumentos de evaluación psicológica utilizados, el análisis funcional de casos en base a la propuesta de

Nezu, Nezu y Lombardo (2006), utilizando el Mapa Clínico de Patogénesis (MCP) que se refiere a una descripción gráfica de las variables hipotéticas que contribuyen al surgimiento y mantenimiento de las dificultades de un paciente determinado, y especifica así las relaciones funcionales entre ellas. Es factible considerarlo un ejemplo de una ruta de análisis o como un diagrama causal ideográfico para un paciente dado (Nezu, Nezu, Friedman & Haynes, 1997). El MCP ofrece una declaración concreta de las hipótesis causales iniciales del terapeuta con las cuales puede comparar otras hipótesis.

Además al igual que el MCP, se realiza un Mapa de Alcance de Metas (MAM) que representa “la ubicación actual del paciente” y “a dónde quiere llegar” (Nezu et al., 2006). El MAM debe incluir al principio una lista de metas de resultados instrumentales pertinentes (es decir, obstáculos para alcanzar una meta, como deficientes habilidades sociales o presencia de distorsiones cognitivas) y metas de resultados finales (es decir, objetivos del tratamiento, como reducción de la ansiedad) seleccionados ya durante el proceso de toma de decisiones. Estos resultados se basan en gran medida en el MAM único del paciente, por lo que el MAM opera como la base sobre la cual se identifican las estrategias de intervención posibles que al final permitan alcanzar las metas. En otras palabras, el MAM es el “mapa del tratamiento”. La elaboración del MAM implica listar los enfoques del tratamiento seleccionados que operen como medios para alcanzar metas. Así, el paciente tendrá la oportunidad de expresar sus preocupaciones respecto de las elecciones iniciales del tratamiento. Esto ofrece información al terapeuta para eliminar o revisar las elecciones particulares de tratamiento, de modo que aumenta el potencial de un buen resultado general.

Caso 1: Trastorno de Ansiedad Generalizada Debido a Enfermedad Médica.

Motivo de consulta. P.Y.M.A es una mujer ama de casa de 31 años que no acabó la licenciatura. El motivo de la consulta es su relación conflictiva con la hija quien desde hace 3 años recibió el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1, afirmando conductas de vulnerabilidad emocional como llanto, tensión, estrés e hipoglucemias frecuentes, entre

otros malestares físicos; la paciente fue referida a Psicología por el Servicio de Endocrinología del Hospital Infantil de Tamaulipas.

Historia del trastorno. P. informa sentirse triste, sin ganas de hacer nada, desesperanzada, impotente. Su problema comenzó cuando su relación con su hija única se torno conflictiva debido a que se le diagnóstico Diabetes Mellitus tipo 1 en el 2009 a la hija; P. refiere que también padece Diabetes Tipo 2 desde el 2007, actualmente no controlada. Por lo cual las discusiones constantes con la hija hacen que se eleven los niveles de azúcar tanto de ella misma como a su hija para que mejore su relación, esta situación la desespera y la pone muy triste, desde entonces presenta muy frecuente dolores de cabeza, tensión en la espalda y mucho llanto.

Datos relevantes por áreas. En el área afectiva destacan el estado de ánimo frecuente de tristeza (mucho llanto), la preocupación por las complicaciones de la diabetes, pensamientos acerca de la muerte prematura y el enojo y coraje hacia la enfermedad. En el área interpersonal, la paciente menciona una relación conflictiva con la hija, falta de apoyo familiar y falta de apoyo por el esposo. En el área social, la paciente refiere pocas amistades, dificultad para socializar y un déficit de actividades agradables. En el área laboral se presenta insatisfacción laboral pues la paciente se encuentra desempleada y el único sustento económico procede del trabajo de su esposo. En el área sexual, la paciente tuvo 3 noviazgos e informa que el inicio de su actividad sexual con su tercer novio fue una experiencia penosa; en la actualidad presenta insatisfacción sexual con la pareja (no duermen juntos y hay una disminución del deseo) y el motivo es porque ella se queja constantemente de cansancio y fatiga.

Instrumentos de evaluación aplicados. Se aplicaron los siguientes instrumentos: el Cuestionario de Salud General de Goldberg (Godoy, Godoy, López & Sánchez, 2002), el Inventario de Depresión de Beck (Beck, Steer, & Brown, 2006), la Escala de Zung (Zung, 1965), la Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos (AMAS-A) (Reynolds, Richmond y Lowe, 2007), el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) (Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975), la Escala de Ansiedad de Hamilton (Hamilton, 1960) y el Inventario de Calidad de Vida.

Tabla 1.

Resultados de la Evaluación de la Paciente con Trastorno de Ansiedad Debido a Enfermedad Médica.

Test	Description
Inventario de Depresión de Beck	Moderada
Escala Depresión de Zung	Moderada
Ansiedad AMAS-A	Alta
Ansiedad de Rasgo-Estado	Arriba de la Media
Ansiedad de Hamilton	Ansiedad psiquica alta
Calidad de Vida	Muy baja

Diagnóstico multiaxial.

Eje I F06.4 Trastorno de Ansiedad Generalizada debido a
Diabetes Mellitus Tipo 2[293.84]

Z63.8 Problemas paterno-filiales [V61.20]

Eje II Z03.2 Sin diagnostico [V71.09]

Eje III E00-E90 Diabetes Mellitus Tipo 2

Eje IV Problemas psicosociales y ambientales: Relación conflictiva con la suegra, disputas por disciplina, escaso apoyo social, déficit de relaciones, interpersonales, desempleada, aportación de poco recurso por parte del esposo.

Eje V EEAG=70 Síntomas leves (pocos amigos, conflictos familiares, dificultad en la actividad social y laboral)

Figura 1. Mapa Clínico de Patogénesis de Paciente con Trastorno de Ansiedad Debido a Enfermedad Médica.



En la figura 1 se representa el mapa clínico de patogénesis (MCP) compuesto de variables distantes, antecedentes, orgánismicas, de respuesta y consecuencias a corto y largo plazo que nos permite identificar la relación entre estas distintas variables. Como se puede observar, esta paciente en sus variables distantes que se refieren a los factores históricos o de desarrollo que puedan ser responsables del surgimiento inicial de vulnerabilidades particulares o de los trastornos psicológicos o síntomas, muestra dificultades en el ámbito familiar que corresponden a una dinámica familiar disfuncional.

En lo que se refiere a las variables antecedentes que corresponden al conjunto de variables relacionadas con el paciente y con el ambiente que operan como posibles estímulos desencadenantes o discriminativos próximos para otros factores de resultados

instrumentales o para los síntomas angustiantes en sí, se observa como la paciente refiere problemas en las relaciones interpersonales principalmente con su hija, su enfermedad que es la diabetes mellitus y su pérdida del empleo.

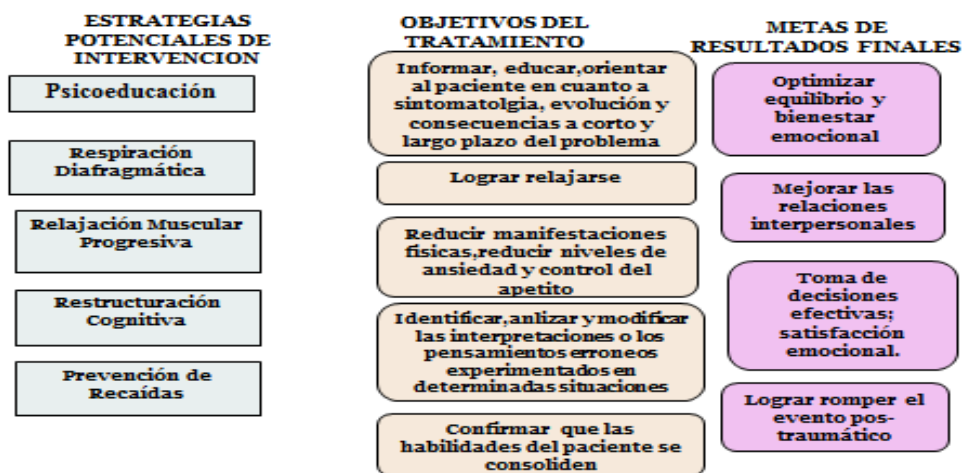
Las variables organísmicas abarcan los diversos tipos de variables relacionadas con el paciente (conductuales, afectivas, biológicas, sociales/étnicas/culturales) que pueden representar mediadores de respuesta (variables que explican por qué se manifiesta una respuesta determinada en presencia de algunas variables de antecedentes) o moderadores de respuesta (variables que influyen en la solidez o dirección de la relación entre un factor de antecedente y una respuesta). Se observa en esta paciente variables organísmicas conductuales como llanto, irritabilidad, mal humor, fatiga; variables de tipo biológico como hipoglucemias, dolores musculares y de espalda, estreñimiento, molestias en dientes y pérdida del deseo sexual; variables emocionales como tristeza; y variables cognitivas como pensamientos catastróficos respecto a la enfermedad.

Esto a su vez nos lleva a las variables de respuesta que son ciertas variables de resultados instrumentales relacionadas con el paciente que se asocian de manera muy estrecha a una de las metas de resultados finales del paciente (p. ej., la ideación suicida se vincula en gran medida con el comportamiento suicida); o el conjunto de síntomas angustiantes que constituyen los resultados finales mismos (p. ej., depresión, sufrimiento, abuso de sustancias o problemas maritales). En esta paciente las variables de respuesta se dan con una preocupación excesiva por su enfermedad y por el reciente diagnóstico de la misma enfermedad en su hija, dificultades para dormir, caída de dientes, vulnerabilidad emocional y resignación y desesperanza; cuyas variables de consecuencia a corto plazo que se presentan como reacción a una variable de respuesta determinada se encuentra el insomnio, el deterioro en su relación de pareja y sus complicaciones con la diabetes. Estas consecuencias si no son atendidas a tiempo a largo plazo pueden provocar una depresión, ansiedad crónica, deterioro crónico en relaciones interpersonales y complicaciones severas con su enfermedad.

Como se puede observar este análisis gráfico de las variables implicadas en el desarrollo y mantenimiento de los síntomas permite al psicólogo clínico realizar un análisis funcional que ayuda a determinar hipótesis causales iniciales que puede comparar con otras

hipótesis quizás ya hechas por el propio paciente. Esto admite establecer cuál será el rumbo a seguir en la intervención y junto con el paciente elaborar el mapa de alcance de metas (MAM) que a continuación se describe.

Figura 2. Mapa de Alcance de Metas de Trastorno de Ansiedad Debido a Enfermedad Médica.



Como lo indica la figura 2 con el mapa de alcance de metas (MAM), la paciente y el terapeuta han establecido como metas de resultados la mejora en su bienestar emocional y en sus relaciones interpersonales, lograr una toma de decisiones más efectiva y trabajar con las consecuencias emocionales del impacto que ha tenido al saber del diagnóstico de su hija. Se elaboran entonces los objetivos del tratamiento para llegar a esas metas y el terapeuta propone las estrategias potenciales de intervención para el logro de los objetivos y, por lo tanto, tener los resultados deseados. Esto le permite al terapeuta a diseñar una intervención que cubra esas necesidades del paciente.

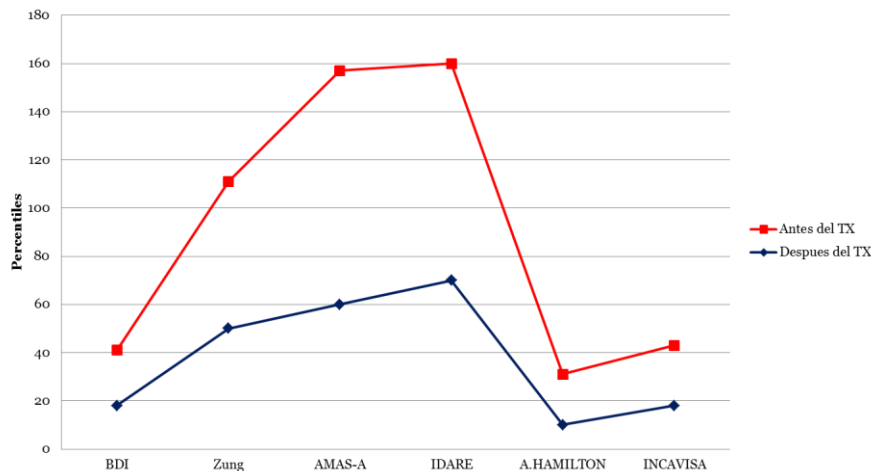
Evidencia sobre tratamientos cognitivo-conductuales en trastornos de ansiedad generalizada (TAG). Actualmente existen diversas terapias psicológicas para el tratamiento de los trastornos mentales frecuentes fundamentadas en principios cognitivo-conductuales o psicodinámicos (Hunot, Churchill y Silva, 2001). Estos enfoques parecen ser bien tolerados por los pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) y las

tasas de abandono en los ensayos clínicos parecen ser bajas (Borkovec y Ruscio, 2001). Sin embargo, al hablar de eficacia se ha comprobado que uno de los tratamientos más eficaces para el trastorno de ansiedad generalizada es la Terapia Cognitiva-Conductual (Fava, 2005) ya que sus técnicas “buscan potenciar dimensiones como la autonomía, dominio del ambiente, crecimiento personal, metas en la vida, relaciones positivas y auto aceptación de los pacientes, además de los episodios de bienestar y los pensamientos automáticos negativos que interrumpen su bienestar, de modo que pueden reestructurarse las creencias disfuncionales al tiempo que se refuerzan aquellas conductas que potencian el bienestar” (Bados, 2005 p. 26).

Tabla 2.

Sesiograma de la Propuesta de Intervención Cognitivo-Conductual a Paciente con Trastorno de Ansiedad Debido a Enfermedad Médica.

Sesión	Técnica de Intervención
1	Psicoeducación
2	Psicoeducación
3	Respiración Diafragmática
4	Respiración Diafragmática
5	Relajación Muscular Progresiva
6	Relajación Muscular Progresiva
7	Reestructuración Cognitiva
8	Reestructuración Cognitiva
9	Reestructuración Cognitiva
10	Reestructuración Cognitiva
11	Prevención de REacídas
12	Seguimiento a los 3 meses
13	Seguimiento a los 6 meses

Figura 3. Resultados de la evaluación antes y después de la aplicación del tratamiento

Como se observa en la figura 3, los resultados de la intervención son favorables, ya que se logró disminuir la ansiedad, se han creado habilidades en la paciente que le han permitido tener un mejor afrontamiento a la enfermedad. Actualmente se encuentra en la fase de seguimiento 3 meses después de haber concluido la intervención. Cabe señalar que en estos pacientes que presentan trastorno debido a una enfermedad debe tenerse en cuenta la necesidad de que el tratamiento se prolongue de por vida, en el sentido de que el paciente deba acudir al psicólogo en cuanto notase una posible recaída o incremento de la sintomatología.

Caso 2: Trastorno adaptativo mixto/problemas de pareja.

Motivo de consulta. L.I.D.L.R es una mujer casada de 42 años con estudios de secundaria y de un nivel socioeconómico bajo. Llega a la consulta vestida de manera sencilla, sin maquillaje, con cierto descuido en su aspecto, tono de voz bajo y complexión robusta. La paciente refiere síntomas físicos como palpitaciones, intranquilidad, mareos y opresión en el pecho, tristeza y preocupación desde que descubrió infidelidad de su esposo; hay consumo de sustancias psicoactivas por parte de su esposo (alcohol y cocaína); hay una preocupación por su hija menor que observa las peleas y nota que le está afectando en la escuela y en su estado de ánimo.

Historia del trastorno. Se observa violencia física y alcoholismo por parte del padre en la niñez; adicciones y violencia de la pareja; la muerte de su padre hace un año y a los pocos meses la muerte de la pareja de su hermano homosexual por VIH. En la actualidad, la paciente presenta síntomas físicos de ansiedad y estado de ánimo triste al descubrir infidelidad.

Datos relevantes por áreas. En el área familiar, la paciente informa que tiene 3 hijos de 19, 15 y 10 años y a los tres les incomoda la manera de beber de su padre y de la violencia entre ellos; su madre vive en E.U. y no conviven; el hermano presenta el diagnóstico de infección por VIH; con los demás hermanos que viven en otras ciudades la comunicación es infrecuente pero buena; suele recurrir a una de sus hermanas en especial para solicitar apoyo y pedirle consejos. En el área escolar, comentar que la paciente terminó la Secundaria. En el área personal, la paciente refiere opresión en el pecho, palpitaciones, mareos, intranquilidad, cansancio y sueño; se observan malos hábitos de salud; suele sentirse preocupada y triste con frecuencia. En el área social, se debe destacar que la paciente es amistosa y platicadora, presenta una red de amistades estrecha. En el área laboral, la paciente tiene un trabajo ocasional en un puesto de comida para solventar mayormente los gastos familiares.

Instrumentos de evaluación utilizados. Se aplicaron los siguientes instrumentos de evaluación: la Entrevista Conductual (Fernández-Ballesteros, 1994), el Inventario de Ideas Irracionales (Jones, 1968), el Inventario de Depresión de Beck (Beck et al., 2006), el Inventario de Ansiedad de Beck (Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988), la Escala de Autoestima (Rosenberg, 1989), el AMAS-A o Escala de Ansiedad manifiesta en Adultos (Reynolds et al., 2007), el cuestionario de personalidad PDQ-4+ (Calvo, Caseras, Gutiérrez y Torrubia, 2002), el Perfil de Estrés Subescala de Bienestar psicológico (Nowack, 2002), la Escala de violencia e índice de severidad (Valdez-Santiago et al., 2006) y el FACES II Escala de Evaluación de la Adaptabilidad y de la Cohesión Familiar. FACES II 20-VER (Olson, Sprenkle y Russell, 1979).

Tabla 3.

Resultados de la Evaluación de paciente con Trastorno Adaptativo Mixto / Problemas de pareja.

Instrumento	Resultado
Ideas irracionales	Evitación de resp. y preocupación
Ansiedad	Moderada
Inquietud/hipersensibilidad	Leve
Preocupación social/estrés	Leve
Ansiedad total	Leve
Depresión	Medida-moderada
Autoestima	Baja
Suescala Depresivo	Alta
Violencia	Psicológica: alto
Choesión – adaptabilidad	Normal-alto
Bienestar psicológico	Falta generalizada

Diagnóstico multiaxial.

Eje I: F43.22 Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo, crónico [309.28]

Z63.0 Problemas conyugales [V61.1]

Eje II: Z03.2 Sin diagnostico en el Eje II [V71.09]

Eje III: Ninguno

Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales

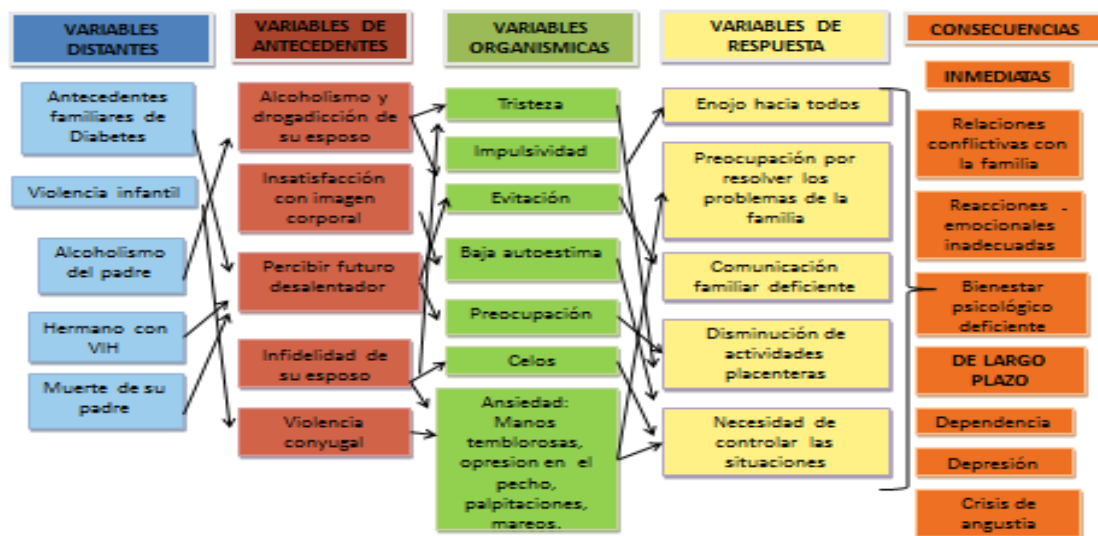
Problemas relativos al grupo primario de apoyo: perturbación familiar por infidelidad, problemas de conducta de hijos.

Problemas relativos al ambiente social: apoyo social inadecuado, adicciones, enfermedad hermano, inseguridad.

Problemas económicos: Bajos ingresos.

Eje V: EEAG: 60 (al inicio del tratamiento)

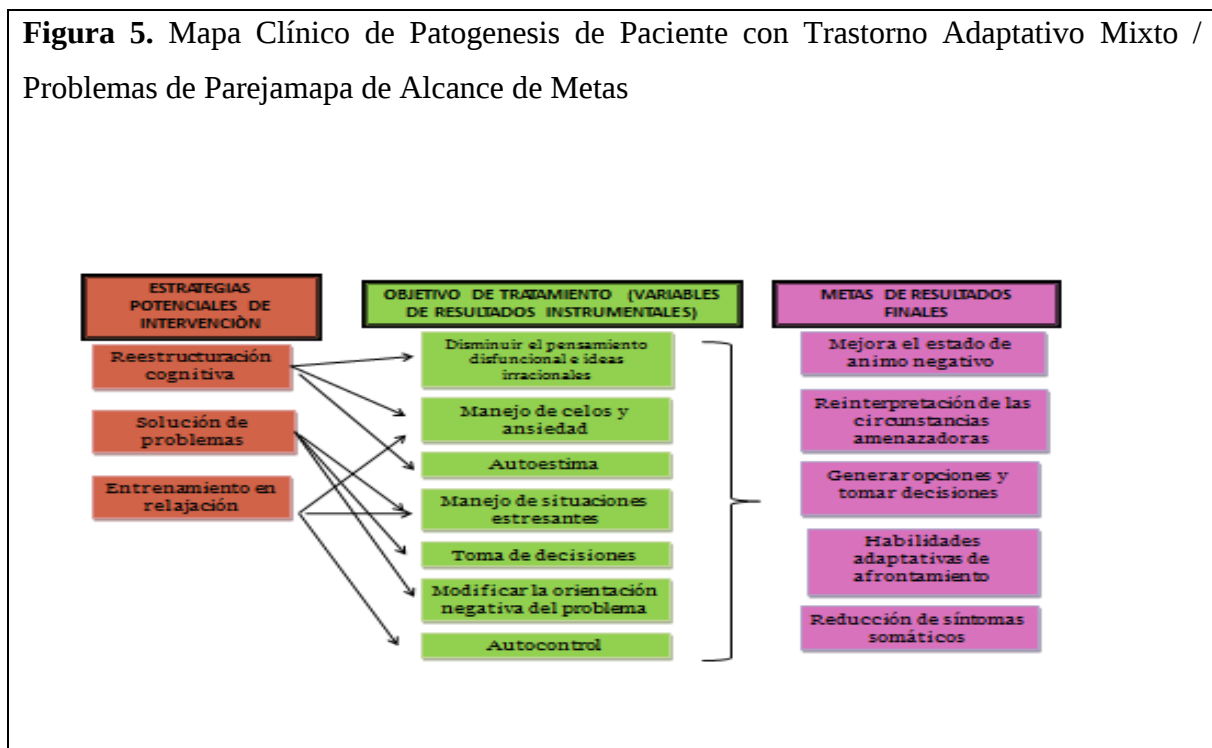
Figura 4. Mapa Clínico de Patogénesis de Paciente con Trastorno Adaptativo Mixto / Problemas de Pareja



En la figura 4 correspondiente al mapa clínico de patogénesis (MCP) de este caso, se observan como variables distantes aquellas que tienen relación al entorno familiar: un padre alcoholico, violencia física infantil, fallecimiento de su padre, enfermedad de VIH de su hermeno. Se observa en las variables antecedentes como el alcoholismo de su padre tiene relación con su actual relación de pareja ya que presenta también alcoholismo y drogadicción; al igual ocurre con la relación de la violencia fisica vivida en la infancia pues se repite este patrón de conducta sufriendo en su presente violencia conyugal.

Dentro de las variables orgánicas se observan variables conductuales como evitación e impulsividad; variables de tipo biológico como manos temblorosas, opresión en el pecho, palpitaciones y mareos; variables emocionales como tristeza y celos; además de variables cognitivas como preocupación y percepción de pobre valía personal. Estas variables tienen como respuesta su enojo hacia todos, su preocupación constante por atender problemas familiares y tener el control sobre los mismos, una comunicación familiar deficiente y disminución de actividades que a ella le agraden. Como consecuencias inmediatas a estas variables se observan relaciones emocionales conflictivas, reacciones emocionales desadaptativas y, por lo tanto, un deficiente bienestar psicológico; como consecuencias a largo plazo: una depresión, crisis de angustia y dependencia incluso a alguna sustancia nociva o a relaciones conflictivas. El realizar este análisis de la relación en cada una de las variables permite desarrollar hipótesis clínicas que apoyan a la elaboración del mapa de alcance de metas (MAM) que a continuación se describe.

Figura 5. Mapa Clínico de Patogénesis de Paciente con Trastorno Adaptativo Mixto / Problemas de Pareja



En la figura 5 se observan las metas de resultados finales que han sido elaboradas entre el terapeuta y el paciente cuyo resultado es mejorar su estado anímico trabajando con sus emociones, reducir sus síntomas somáticos, generar habilidades adaptativas de afrontamiento que le permitan manejar situaciones estresantes, mejorar su autoestima y

crear habilidades para disminuir sus pensamiento disfuncional e ideas irracionales. Se plantean como estrategias de intervención la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en solución de problemas y el entrenamiento en relajación para el logro de estos objetivos y metas.

Evidencia de tratamiento psicológico de trastornos adaptativos. Aunque actualmente no existen tratamientos protocolizados basados en la evidencia para estos trastornos, Baños et al. (2008) a través de un estudio de caso, presentan un programa de tratamiento (cognitivo-conductual) para trastorno adaptativo cuyo objetivo es ayudar a la persona no sólo a superar el acontecimiento estresante y las consecuencias que ha tenido en su vida, sino también a aprender de lo sucedido.

Tabla 4.

Sesiograma de Propuesta de Intervención para Paciente con Trastorno Adaptativo Mixto / Problemas de Pareja

Sesión	Técnica
1	Reestructuración cognitiva: psico coeducación, A-B-C
2	Reestructuración cognitiva: Búsqueda de alternativas
3	Reestructuración: Esquemas o creencias
4	Entrenamiento en relajación: Progresiva
5	Entrenamiento de relajación: Imágenes positivas guiadas
6	Habilidades sociales: Orientación a los problemas
7	Habilidades sociales: Resolución de problemas
8	Revisión de avances: Establecimiento de fechas de seguimiento

Se presentan a continuación los resultados gráficos de la intervención antes y después del tratamiento, dividiéndolo a nivel emocional y en cuanto sintomatología.

Figura 6. Resultados a Nivel Emocional Pre y Pos Tratamiento de Paciente con Trastorno Adaptativo Mixto / Problemas de Pareja

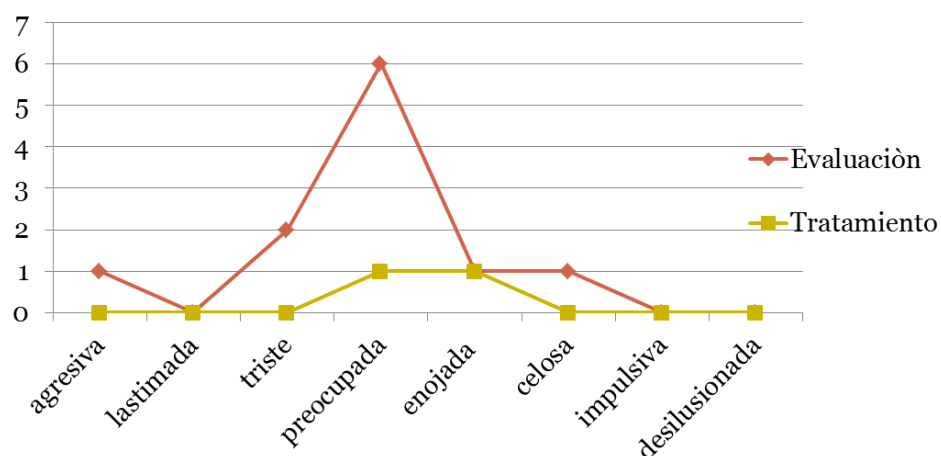
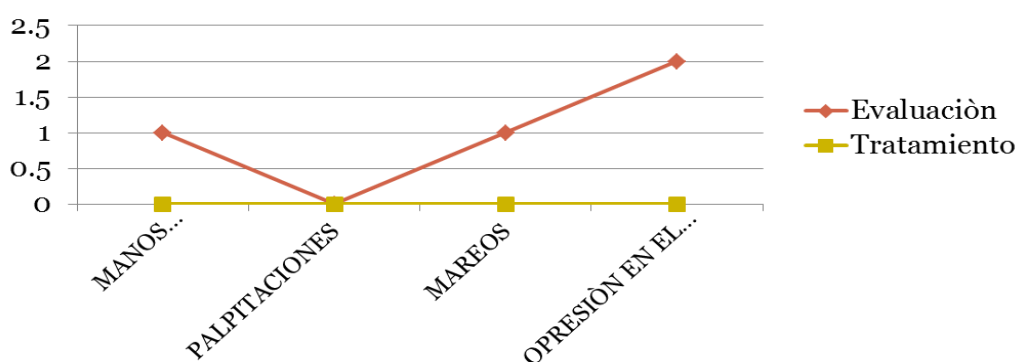


Figura 7. Resultados en Síntomas de Ansiedad de Paciente con Trastorno Adaptativo Mixto / Problemas de Pareja.



Conclusiones de la intervención. Como se puede observar en las figuras 6 y 7, la intervención cognitivo-conductual que se realizó en la paciente cumplió con los objetivos terapéuticos. Se disminuyeron considerablemente los síntomas de ansiedad, así como las emociones negativas además de cambios conductuales como un empleo estable y establecer

límites claros en su familia, por lo que se resalta la importancia de la aplicación de la terapia cognitivo conductual en este tipo de trastorno apoyándose de la psicología basada en evidencia para que resulte un tratamiento eficaz.

Caso 3: Trastorno Adaptativo Mixto Paciente Geriátrico

Motivo de consulta. M.I.M.F. es un ama de casa de 78 años con estudios de secundaria; llega a consulta vestida de forma acorde a su edad y género, con semblante demacrado, sin maquillar, peinada y con aspecto aseado en general; presenta complexión delgada y muestra un caminar lento e inseguro; llega de la mano de una persona que la acompaña.

La paciente acude a consulta psicológica por orden del médico general, ya que no presenta signos médicos de enfermedad y porque refiere inquietud, malestar corporal y pesadez, además de los siguientes síntomas físicos: temblor, sudoración, escalofríos, náuseas, dolor de estómago, diarrea y mareos. En la historia clínica se menciona que falleció su esposo hace dos meses, por lo que el médico de urgencias sugiere un posible duelo.

Historia del trastorno. Ella comenta, que la muerte de su esposo no le afectó; explica que después de la muerte de su esposo, “todo era normal”. Sin embargo, se sentía inquieta, preocupada, con insomnio y refería ansiedad ante situaciones cotidianas.

Datos relevantes por áreas. La relación familiar con su hija es distante, aunque cuenta con redes familiares de apoyo con las que disfruta pasar el tiempo con ellos. En el área de pareja, estuvo casada por 38 años, catalogando su relación como estable, aunque tuvo momentos “difíciles” como infidelidades y abandono de hogar. Su esposo estuvo enfermo durante 6 años y estuvo bajo los cuidados de la señora lo que le hizo abandonar sus actividades normales y recreativas para atenderlo. En el área social, presenta redes sociales estables pues la paciente perteneció durante varios años a grupos de adultos mayores; dejó de hacerlo por la enfermedad de su esposo, pero sus amigas continuaron visitándola e invitándola a regresar a los grupos en donde ella fue coordinadora; otras redes sociales de apoyo son sus vecinos los cuales la ayudan cuando lo necesita.

Instrumentos de evaluación aplicados. Se aplicaron los siguientes instrumentos de evaluación: el Mini Examen de Estado Mental (MMSE) (Lobo et al., 1999), el AMAS (Forma E) (Reynolds et al., 2007), la Escala de depresión de Beck (Beck et al., 2006), la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (Abreviada) (Sheik y Yesavage, 1986) y la Escala de Ansiedad de Hamilton (Hamilton, 1986).

Tabla 5.

Resultados de la Evaluación de Paciente con Trastorno Adaptativo Mixto Paciente Geriátrico

Test	Descripción
Mini Examen de Estado Mental (MMSE)	No presenta déficit cognitivo.
AMAS (Forma E)	Elevación leve
La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (Abreviada)	Depresión leve
Escala de Depresión de Beck	Depresión leve
Escala de Ansiedad de Hamilton	Ansiedad Mayor

Diagnóstico multiaxial.

EJE I: F43.22 Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo [309.28]

EJE II: V71.09 Sin diagnóstico [703]

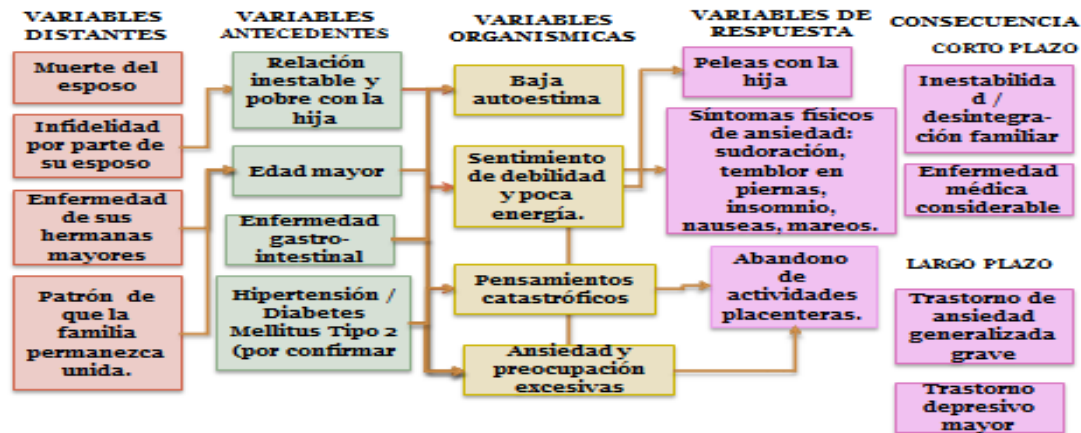
EJE III: Enfermedades del sistema circulatorio [I10] Hipertensión arterial

EJE IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo: relación distante con la hija;

Problemas económicos: problemas legales sobre propiedades del esposo.

EJE V: EEAG: 55

Figura 8. Mapa Clínico de Patogénesis de Paciente con Trastorno Adaptativo Mixto
Paciente geriátrico



En el mapa clínico de patogénesis (MCP) presentado en la figura 8, se observan como variables distantes: Situaciones que tienen relación con su pareja ya fallecida, además de su estrecha relación con su familia y hermanas mayores que ya presentan enfermedades crónico degenerativas; respecto a su relación de pareja se observa como la infidelidad por parte del esposo la llevo a tener una relación pobre y distante con su hija; además, se observa como las enfermedades de sus hermanas mayores crearon en ella una preocupación constante por su salud ya que ahora ella presenta este tipo de padecimientos.

Las variables antecedentes ocasionan como variables orgánicas de tipo conductual debilidad, poca energía e irritabilidad; como variables biológicas síntomas de ansiedad; dentro de las variables cognitivas pensamientos catastróficos, preocupación excesiva por su salud y percepción de baja autoestima; y en las variables emocionales angustia, miedo y desesperación. Por tal motivo estas variables han mantenido y moderado la respuesta de la mala relación con su hija, sus síntomas fisiológicos de ansiedad y el abandono de actividades placenteras. Como consecuencias inmediatas presenta inestabilidad y desintegración familiar, enfermedades frecuentes como presentar síntomas gastrointestinales (p.ej., diarrea) y síntomas de hipertensión y diabetes aunque en este

momento no está confirmado su diagnóstico definitivo de padecer estas enfermedades crónicas; esto pudiese ocasionarle a largo plazo un trastorno de ansiedad generalizada o un trastorno depresivo mayor.

El análisis de las variables permitió elaborar entre el paciente y el terapeuta el mapa de alcance de metas (MAM) (figura 9). Se observa que dentro de las metas de resultados finales esta la disminución de sus síntomas físicos, aumento de su autoestima, creación de habilidades para incrementar la toma de decisiones y realización de actividades placenteras. Para alcanzar estas metas se plantearon objetivos encaminados a trabajar a nivel emocional (su ansiedad y preocupación excesivas) fisiológico (sus síntomas físicos), conductual (su irritabilidad) y cognitivo (percepción de baja autoestima, pensamientos catastróficos) con estrategias potenciales como técnicas de relajación, reestructuración cognitiva y programa de actividades agradables.

Figura 9. Mapa de Alcance de Metas de Paciente con Trastorno Adaptativo Mixto Paciente Geriátrico



Evidencia de la intervención en pacientes geriátricos. Varios autores señalan la eficacia de las intervenciones cognitivo-conductuales en el tratamiento de pacientes con ansiedad generalizada y depresión (Nezu et al., 2006; Pérez, Fernández, Fernández, & Vázquez, 2010). Además otros autores señalan que los tratamientos con enfoque cognitivo-conductual son los más adecuados para pacientes geriátricos pudiendo mencionar a Montorio, Losada, Márquez y Nuevo (2000) y Moreno et al. (2006). Incluso en hay una propuesta de intervención cognitivo-conductual en grupo para pacientes geriátricos que propone Vergara y González-Celis (2009).

Tabla 6.

Sesiograma de Propuesta de Tratamiento para Paciente con Trastorno Adaptativo Mixto Paciente Geriátrico

Sesión	Estrategia Terapéutica
1	Psicoeducación / Relajación Diafragmática
2	Relajación Muscular Progresiva
3	Relajación Diafragmática con Imaginería
4	Relajación Diafragmática con Modelado
5	Desensibilización de Autocontrol
6	Técnica de Autocontrol
7	Técnica de Autocontrol a través de actividades agradables
8	Técnicas de resolución de problemas (psicoeducación)
9	Técnicas de resolución de problemas
10	Reestructuración cognitiva – Modelo ABC
11	Reestructuración cognitiva
12	Prevención de Recaídas

Figura 10. Resultados Pre y Pos Tratamiento en Síntomas de Ansiedad con el Amas (Forma E).

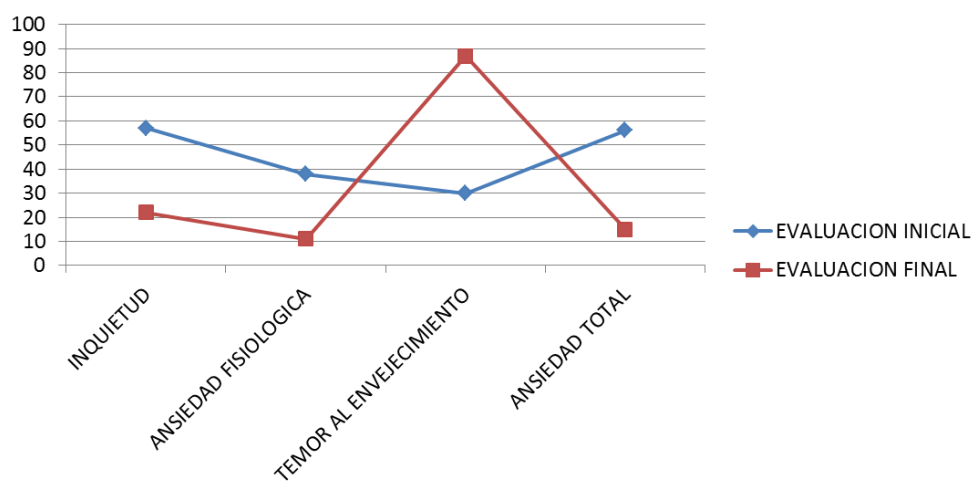


Figura 11. Resultados Pre y Pos Tratamiento en Síntomas de Ansiedad con la Escala de Ansiedad de Hamilton.

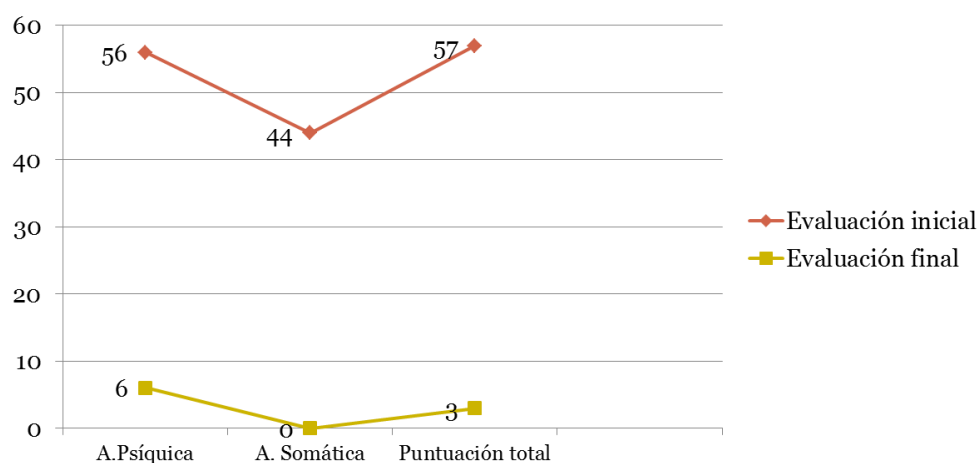


Figura 12. Resultados Pre y Pos Tratamiento en Síntomas de Depresión con la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (Abreviada).

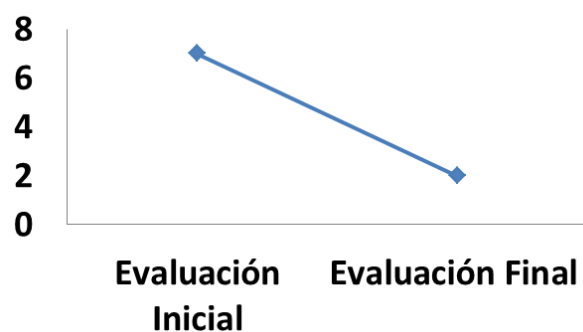


Figura 13. Resultados Pre y Pos Tratamiento en Síntomas de Depresión con la Escala de Depresión de Beck.

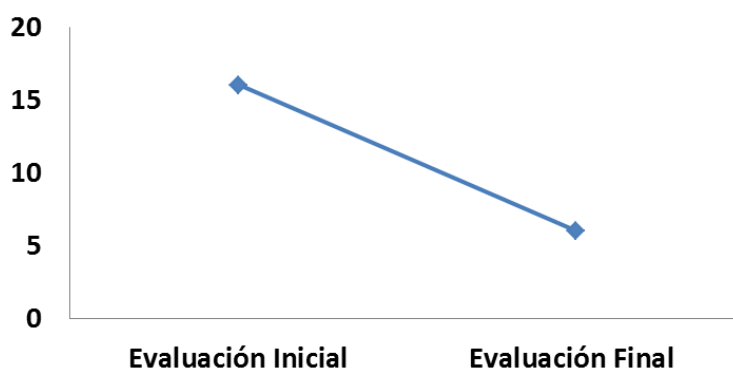
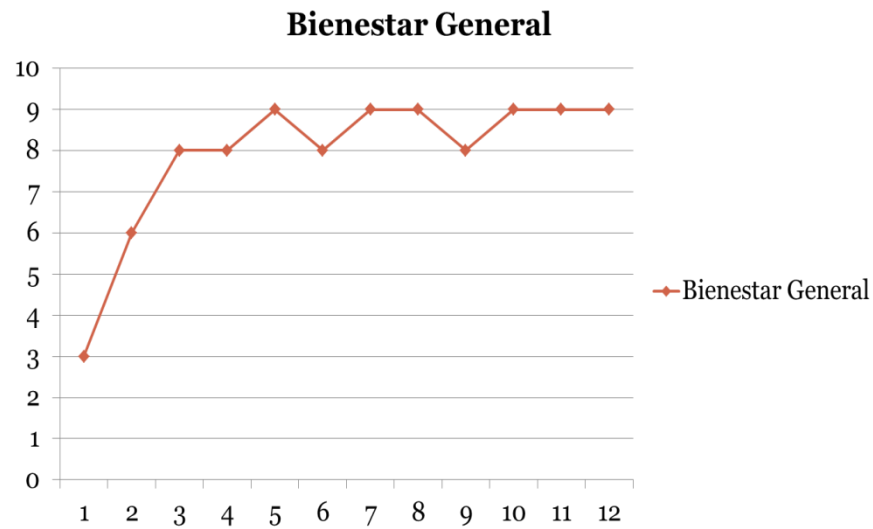
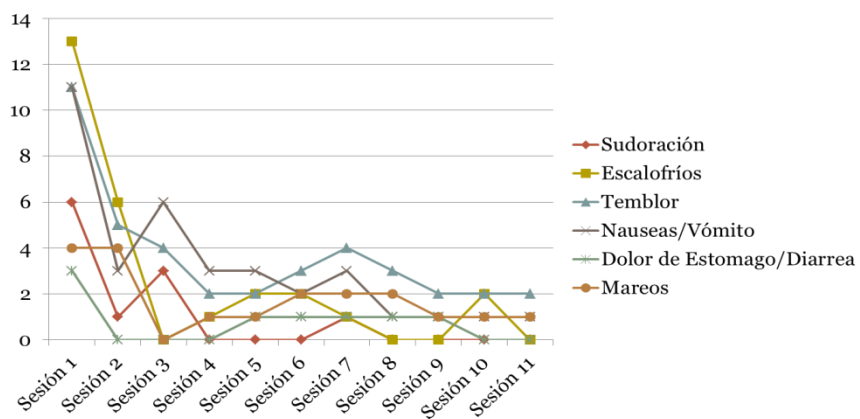


Figura 14. Evolución del Bienestar General Durante la Intervención**Figura 15.** Evolución de los Síntomas de Ansiedad Durante la Intervención.

Conclusiones de la intervención. Se observa en las figuras 12, 13, 14 y 15 que aunque existe una disminución en los síntomas de ansiedad y depresión, se recomienda una intervención terapéutica dirigida a disminuir los pensamientos irracionales acerca del periodo de la vejez, principalmente a través de la reestructuración cognitiva. Es importante destacar, que la atención al paciente geriátrico debe de ser enfocado a reestablecer la autoconfianza, mismo que se vio reflejado en este estudio de caso, que fue esencial para el éxito y control de los síntomas. Se concluye que la intervención cognitivo-conductual resultó eficaz para el tratamiento del trastorno adaptativo mixto, por lo que se comprueba lo que los autores mencionados señalan en pertinencia de la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales.

Caso 5: Trastorno por Estrés Postraumático

Motivo de consulta. T.J.H.L. es una mujer casada de 28 años que actualmente está estudiando una maestría; llega a consulta vestida de forma casual, sin maquillaje, peinada de manera sencilla, con aspecto limpio; su complexión es delgada y su postura física es ligeramente encorvada; se muestra sonriente y amable, pero con expresión de tristeza en sus ojos. El motivo que informa la paciente para acudir a consulta es conseguir llevar una vida plena y satisfactoria sin ansiedad, estrés, miedo, pesadillas de persecución y muerte que se deben, según la paciente, a diversos traumas pasados que aquejan su presente.

Historia del trastorno. A la edad de 5 años su madre, le hace saber que ella es adoptada, un año más tarde fue violada (a nadie le dijo). Desde entonces presentó enuresis hasta la edad de 14 años aproximadamente y nunca fue tratada. Hace 1 año y medio fue secuestrada por un período mayor a 3 semanas junto con su esposo, y hubo un intento de violación.

Datos relevantes. En el área familiar, la paciente informa que fue dada en adopción a una tía (hermana de su madre), creció en una familia disfuncional, donde tuvo problemas con su madre (deterioro de la comunicación e interacción). En el área escolar, la paciente destaca que tiene una licenciatura concluida. En el área social, la paciente muestra una

interacción “buena” con un grupo pequeño de amigos con los que creó una fraternidad. En el área laboral, la paciente se encuentra desempleada. La paciente cuenta con recursos positivos como puntualidad y constancia en su tratamiento psicológico, así como deseos de salir adelante y convertirse en protagonista de su vida siendo su hija el gran motor de la misma.

Instrumentos de evaluación. Se aplicaron los siguientes instrumentos: la Entrevista Conductual (Fernández-Ballesteros, 1994), el Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck et al., 2006), el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (Beck et al., 1988) la Escala de ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS) (Hamilton, 1986), el Check List de Experiencias Traumáticas (Nijenhuis, Van Der Hart y Vanderheiden, 2002), el Inventario de Ideas Irracionales (IBT) (Jones, 1968) y el Cuestionario de personalidad PDQ-4+ (Calvo et al., 2002).

Tabla 7.

Resultados de la Evaluación de Paciente con Trastorno por Estrés postraumático.

Test	Descripción
BDI	Moderada
BAI	Moderada
HAS	Mayor
TEC	Abuso emocional y físico
IBT	1. Preocupación y 2. Evitación de resultados
PDQ-4	Transtorno límite de la personalidad

Diagnóstico multiaxial.

Eje I F43.1 Trastorno por estrés postraumático [309.81]- crónico

Z63.8 Problemas paterno-filiales [V61.20]

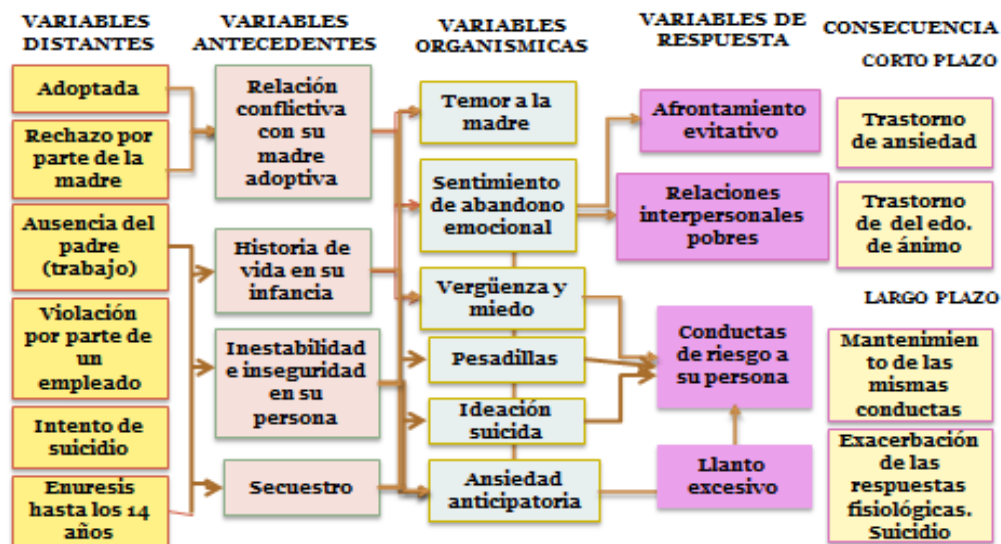
Eje II F60.31 Trastorno límite de la personalidad [301.83]

Eje III Ninguno

Eje IV Problemas relativos al grupo primario de apoyo (conflictos familiares en la interacción, falta de apoyo emocional)

Eje V EEAG = 55 Síntomas graves

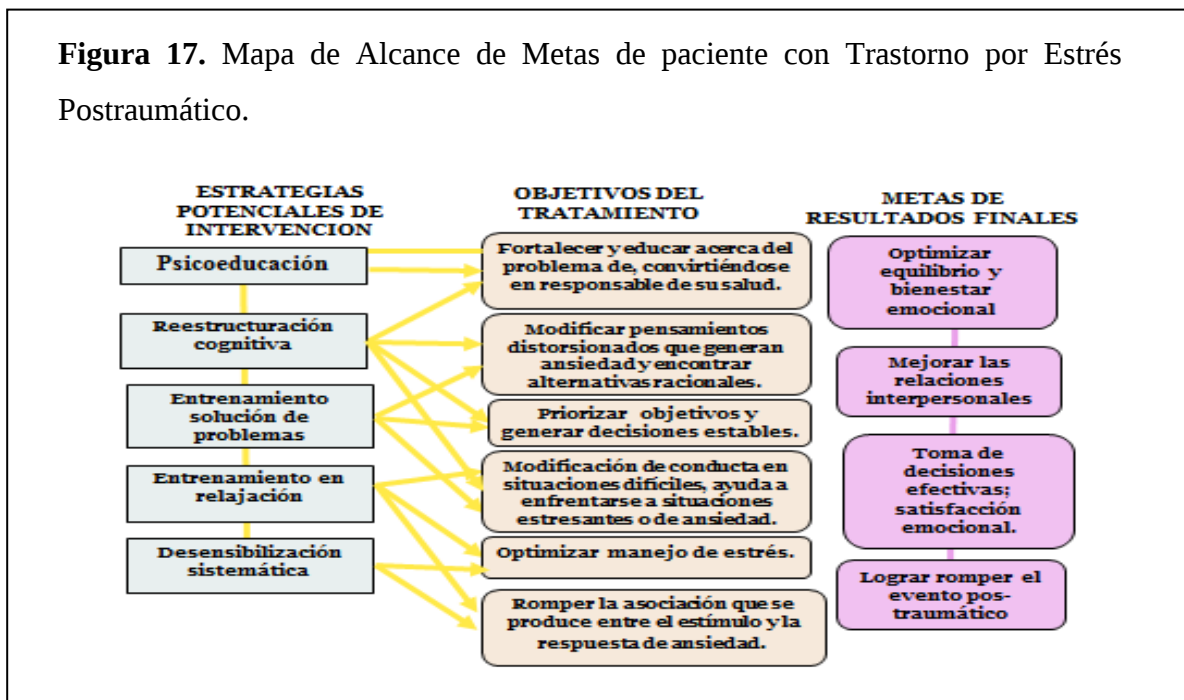
Figura 16. Mapa Clínico de Patogénesis de paciente con Trastorno por Estrés Postraumático



La figura 16 corresponde al mapa clínico de patogénesis (MCP) de esta paciente. Se observa entre sus variables distantes varios sucesos de experiencias traumáticas como violación, ser hija adoptada, sufrir rechazo por parte de la madre y que desde antes ya había manifestado malestar psicológico como enuresis hasta los 14 años e intentos de suicidios. Por tales motivos, en la actualidad como variables antecedentes se observa una mala relación con su madre adoptiva, inestabilidad e inseguridad ocasionada por sus experiencias de abuso sexual y abandono en la infancia y su reciente experiencia de haber sido secuestrada.

Por lo tanto, las variables orgánsmicas que se presentan con mayor intensidad son las de tipo emocional como miedo, sentimiento de abandono (desamparo), vergüenza y angustia; las de tipo conductual como evitación de situaciones que recuerdan las experiencias y llanto; y las de tipo cognitivo como pesadillas donde reexperimenta las experiencias. La paciente presenta como variables de respuesta que muestre un afrontamiento de tipo evitativo, es decir, se aparta y no sale de su casa; por lo tanto, sus relaciones interpersonales son pobres o escasas, hay llanto excesivo y pensamientos de suicidio que pueden originar conductas de riesgo a su persona, presentando como consecuencias a corto plazo un trastorno de ansiedad de estrés postraumático y trastorno del estado de ánimo que de no ser atendidos a largo plazo pudiesen ocasionar un trastorno de ansiedad crónico y el suicidio.

Figura 17. Mapa de Alcance de Metas de paciente con Trastorno por Estrés Postraumático.

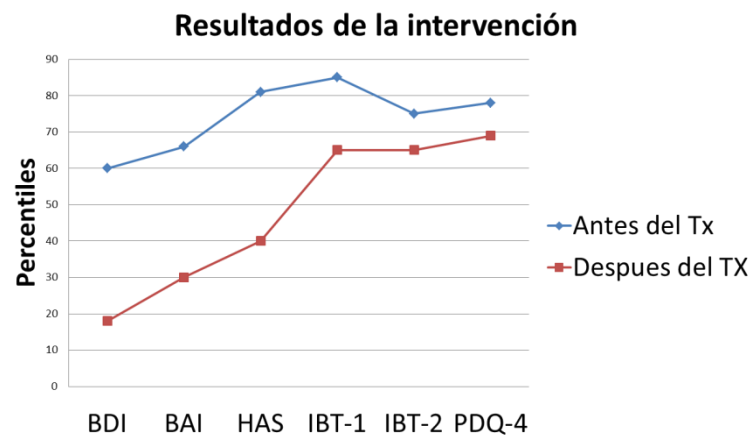


Se presenta en la figura 17 el mapa de alcance de metas (MAM) que elaboran en conjunto paciente y terapeuta, donde se establecen como metas el llegar a un equilibrio emocional, mejorar sus relaciones interpersonales y habilidades para desarrollar estrategias de afrontamiento para la adaptación al evento postraumático. Se tienen, por lo tanto, distintos objetivos para el logro de estas metas eligiendo como estrategias potenciales la psicoeducación, la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en solución de problemas,

entrenamiento en relajación y la desensibilización sistemática con técnicas de exposición a las experiencias de trauma.

Evidencia de tratamientos cognitivo-conductuales en TEPT. De los diferentes tratamientos psicológicos existentes para el TEPT, la terapia de exposición ha probado ser la más eficaz (Sherman, 1998). Sin embargo también se ha visto que la exposición puede conducir a la ansiedad, en el sentido de que al activar los recuerdos traumáticos se genere un estado tal que no pueda ser manejado por el individuo (Jaycox y Foa, 1996). Esto ha contribuido a que en la actualidad existan programas de enfoque cognitivo-conductual dirigidos a víctimas de traumas específicos en los que se suelen combinar la exposición, la terapia cognitiva-conductual y las técnicas de manejo de la ansiedad (Báguena, 2001).

Figura 18. Resultados de la Intervención Psicológica en Paciente con Trastorno por Estrés Postraumático.



Conclusiones de la intervención. El proceso de intervención resultó eficaz de acuerdo a las metas del tratamiento, ejemplo de ello es que la paciente logró un entrenamiento en la detección de sus pensamientos favoreciendo su salud y calidad de vida. Se han observado mejoras importantes en sus respuestas fisiológicas, disminución de ansiedad, y miedo al salir de casa, esto comprobado con los cambios conductuales al tomar

la iniciativa de empezar una maestría en otra ciudad, lo cual había pospuesto hacía tiempo por temor.

Tabla 8.

Sesiograma de Propuesta de Tratamiento para Paciente con Trastorno por Estrés

Sesión	Técnica de Intervención
1-3	Autobservación
4	Entrenamiento en respiración diafragmática
5-6	Entrenamiento en relajación
7	Primera exposición
8	Entrenamiento en cognición
9	Segunda exposición
10-11	Reestructuración cognitiva
12	Tercera exposición
13	Entrenamiento en solución de problemas
14-15	Reestructuración cognitiva
16	Cuarta exposición
17	Prevención de recaídas
18	Cierre del Tratamiento
POST TX	Seguimiento a los 3, 6 y 12 meses

Conclusiones

Se han presentado en este capítulo diversos casos clínicos de trastornos de ansiedad (ansiedad generalizada por enfermedad médica, trastorno adaptativo mixto y trastorno por estrés postraumático) en los que se siguió el enfoque de la Práctica Clínica Basada en la

Evidencia (PCBE). Según este enfoque, el terapeuta, para tomar decisiones en todo el proceso del caso (evaluación, formulación de hipótesis, tratamientos), debe consultar los resultados de la investigación que indiquen cuáles son los métodos de evaluación más confiables y qué tratamientos son los más eficaces para el caso en cuestión; sin embargo, es necesario que integre toda esta información obtenida de la literatura científica con la obtenida sobre las características del paciente y su contexto y sin olvidar su propia experiencia clínica previa. Finalmente, se debe evaluar la eficacia de la intervención realizada.

Como se puede observar, al exponer estos casos clínicos de manera metódica se permite que los clínicos puedan transmitir sus experiencias de una forma sistemática, y que otros psicólogos puedan entenderlas y discutirlos, lo que sin duda contribuye al acercamiento entre teoría y práctica de la psicología clínica. Buéla-Casal y Sierra (2002) señalan la importancia de que los investigadores de la psicología clínica necesitan conocer las experiencias de los psicólogos clínicos profesionales y estos necesitan las directrices de los investigadores para planificar su actividad profesional y comunicarla en términos estándares para que sea comprensible en la comunidad profesional.

Referencias

- Albarracín, G., Carreras, L., Rejas, J. & Rovira, J. (2008). Aspectos económicos y epidemiológicos de los trastornos de ansiedad generalizada: Una revisión de la literatura. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36(3), 165-176.
- American Psychiatric Association (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Ed. Masson.
- American Psychiatric Association. (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª. ed. – Texto Revisado) (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson.
- American Psychological Association (2005) *Evidence-Based practice in psychology*. APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice.

- Bados, A (2005). Guía de Tratamiento para el Trastorno de Ansiedad Generalizada. Facultat de Psicologia. *Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics*. Universitat de Barcelona.
- Báguena, M. J. (2001) Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés postraumático. *Psicothema*, 13(3), 479-492.
- Barlow, D. H. & Lehman, C. L. (1996). Advances in the psychosocial treatment of anxiety disorders. *Archives of General Psychiatry*, 53, 727-735.
- Baños, R. M., Guillén V. Botella, C., García, A., Jorquera, M., & Quero, S. (2008) Un programa de tratamiento para los trastornos adaptativo. *Apuntes de Psicología*, 26(2), 303-316.
- Beck, A., Epstein, N., Brown, G. & Steer, R. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A., Steer, R. y Brown, G. (2006). *Inventario de Depresión de Beck - Segunda Edición (BDI - II)* [Beck Depression Inventory - Second Edition (BDI - II)]. Buenos Aires: Paidós.
- Borkovec, T.D. & Ruscio, A.M. (2001). Psychotherapy of generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(11), 37-42.
- Buela-Casal, G. & Sierra, J.C. (2002) Normas para la redacción de casos clínicos. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(3), 525-532.
- Caballo, V.E. (2006) *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos*. Madrid. Editorial Psicología Pirámide.
- Caballo, V.E. y Mateos, P.M. (2000). El tratamiento de los trastornos de ansiedad a las puertas del siglo XXI. *Psicología Conductual*, 8(2), 173-215.

- Calvo N., Caseras X., Gutiérrez F. y Torrubia R. (2002). Adaptación española del Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (PDQ-4+). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30, 7-13.
- Fava, C. (2005). Well-being therapy of generalized anxiety disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74, 26-30.
- Fernández-Ballesteros, R. (Ed) (1994). *Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en Psicología clínica y de la Salud*. Madrid: Pirámide
- Godoy, D., Godoy, J.F., López, F. & Sánchez, M.B. (2002). Propiedades psicométricas de la versión española del Cuestionario de Salud General de Goldberg-28. *Revista de Psicología de la Salud (Journal of Health Psychology)*, 14(1), 49-71.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurological and Neurosurgery Psychiatry*, 23, 56-62.
- Hunot, V., Churchill, R. y Silva, M. (2001) Terapias psicológicas para el trastorno de ansiedad generalizada. Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en *La Biblioteca Cochrane Plus*, 3, 1-71.
- Jaycox, L.H. & Foa, E.B. (1996). Obstacles in implementing exposure therapy for PTSD: Case discussions and practical solutions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3, 176-184.
- Jones, R. G. (1968). *A factors measure of Ellis Irrational Belief System, with personality and maladjustment correlates*. [Doctoral Dissertation], Techological College, Texas.
- Llobell, J.P., Frias, M.D. & Monterde, H. (2004). Tratamientos psicológicos con apoyo empírico y práctica clínica basada en la evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 25(8), 1-8.
- Lobo, A., Saz, P., Marcos, G., Dia, J. L., de la Camara, C., Ventura, T., Morales, F., Pascual, L., Montanes, J. A. & Aznar, S. (1999). Revalidation and standardization

- of the cognition mini-exam (first Spanish version of the Mini-Mental Status Examination) in the general geriatric population. *Medicina Clínica*, 112, 767-774.
- Medina, M., Borges, G., Lara, C. & Blanco, J. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26, 1-16.
- Miguel-Tobal, J.J. (1996). *La ansiedad*. Madrid: Ed. Aguilar.
- Montorio, I., Nuevo, R., Losada, A. y Márquez, M. (2001). Prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en una muestra de personas mayores residentes en la comunidad. *Mapre Medicina*, 12(1), 23-26.
- Moreno, M., Contreras, D., Martínez N., Araya, P., Livacic, P. & Vera-Villarroel, P. (2006). Evaluación del efecto de una intervención cognitivo-conductual sobre los niveles de presión arterial en adultos mayores hipertensos bajo tratamiento médico. *Revista Médica de Chile*, 134, 433-440.
- Nezu, A., Nezu, C. & Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales: Un enfoque basado en problemas*. México: Manual Moderno.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., Friedman, S. H., & Haynes, S. N, (1997). Case formulation in behavior therapy: Problem-solving and functional analytic strategies. En T. D. Eells (Ed.), *Handbook of psychotherapy case formulation* (pp. 368-401). New York: Guilford Press.
- Nowack, K. M. (2002). *Perfil de estrés*. México: El Manual Moderno.
- Nijenhuis, Van Der Hart & Vanderheiden (2002). The psychometric characteristics of traumatic experiences Check list (TEC). First finding among psychiatric outpatient. *Journal of Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 200-210.

- Olivares, J., Sánchez, J. y Alcázar, A. I. R. (1999). Eficacia de las intervenciones conductuales en problemas de ansiedad en España. *Psicología Conductual*, 7, 283-300.
- Olson, H., Sprenkle, D. & Russell, C. (1979). Circumplex model of marital and family systems: cohesion and adaptability dimensions, family types, and clinical applications. *Family Process*, 18(1), 3–27.
- Organización Mundial de la Salud. (1993) *Clasificación internacional de las enfermedades mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación. C.I.E. 10 capítulo V*. Meditor, Madrid.
- Perez, M., Fernández, J.R., Fernández, C. & Amigo, I., (2010) *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I, Adultos*. Madrid, España: Pirámide.
- Reynolds, C.R., Richmond, B.O. y Lowe, P.A. (2007). *Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos (AMA S) Equipo completo*. Mexico: Ed. Manual Moderno.
- Rosenberg, M. (1989). *Society and the adolescent Self-image*. Revised edition. Middletown, CT: Wesleyan University Press.
- Sackett, D.L., Straus, S.E., Richardson, W.S., Rosenberg, W. & Haynes, R.B. (2000) *Evidence-Based Medicine. How to Practice and Teach EBM* (2nd ed.). New York: Churchill Livingstone.
- Sheikh, J.I. & Yesavage, J.A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontology*, 5(1/2), 165-173.
- Sherman, J. J. (1998). Effects of psychotherapeutic treatments for PTSD: A meta-analysis of controlled trials. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 413-435.
- Spielberger, C.D. & Díaz-Guerrero, R. (1975). *IDARE. Inventario de ansiedad rasgo-estado: Manual e instructivo*. México: El Manual Moderno.

- Valdez-Santiago, R., Híjar, M.C., Salgado, V.N., Rivera, L., Ávila, L. & Rojas, R. (2006). Escala de violencia e índice de severidad: una propuesta metodológica para medir la violencia de pareja en mujeres mexicanas, *Salud Pública de México*, 48(sup 2), 221-231.
- Vergara, S. & González-Celis, A.L. (2009). Psicoterapia cognitivo conductual de grupo manualizada como una alternativa de intervención con adultos mayores. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 11(2), 155-189.
- Virgen, R., Lara, A. C., Morales, G. & Villaseñor, S.J. (2005). Los trastornos de ansiedad. *Revista Digital Universitaria*, 6(11), 1-8.
- Zung, W. W. (1965). A self-report depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.

CAPÍTULO VIII.- CONSISTENCIA INTERNA Y ESTRUCTURA FACTORIAL DE UN CUESTIONARIO DE VIOLENCIA SUFRIDA Y EJERCIDA EN LA PAREJA

José Moral de la Rubia

Universidad Autónoma de Nuevo León

Sandra Ramos Basurto

Universidad Autónoma de Zacatecas

Resumen

Al evaluar la violencia en parejas heterosexuales sería importante obtener información sobre la frecuencia e intensidad de la violencia sufrida y ejercida en las facetas de violencia física, psicológica, social y sexual y que esta evaluación se realizara tanto en el hombre como en la mujer. Se considera que un cuestionario de violencia de pareja desarrollado recientemente en México se aproxima a esta descripción, pero no evalúa intensidad de victimización y perpetración. Los objetivos de la investigación que se expone en el presente capítulo fueron modificar dicho cuestionario para evaluar daño y estudiar sus propiedades psicométricas de consistencia interna y estructura factorial.

Se aplicó el cuestionario a una muestra no probabilística de 240 participantes (120 hombres y 120 mujeres). Con los 27 ítems de frecuencia de violencia sufrida ($\alpha = .95$) se definieron dos factores: violencia físico-sexual ($\alpha = .88$) y psicológico-económico-social ($\alpha = .94$). Con los 27 ítems de daño sufrido ($\alpha = .95$) se definieron cuatro factores: daño sufrido por violencia económico-social ($\alpha = .93$), por violencia sexual-chantaje ($\alpha = .88$), por violencia relacionada con los celos ($\alpha = .83$) y por violencia física ($\alpha = .86$). Con los 12 ítems de frecuencia de violencia ejercida contra la pareja ($\alpha = .84$) se definieron dos factores: violencia psicológica ($\alpha = .85$) y otro tipo de violencia ($\alpha = .66$), aunque se recomienda reducir esta escala a un factor con 10 indicadores ($\alpha = .86$). Con los 12 ítems de daño ocasionado ($\alpha = .89$) se definieron dos factores: por violencia psicológica ($\alpha = .88$) y

por otro tipo de violencia ($\alpha = .81$). Se concluye que el cuestionario posee consistencia interna y validez estructural. Se sugiere su aplicación y estudio en México y otros países hispanoparlantes.

Introducción

Los resultados de diversas investigaciones muestran que un vínculo amoroso entre los miembros de una pareja aunado a valores de respeto, equidad, justicia, diálogo y solidaridad preservan la estabilidad de la pareja y constituye un factor protector para la salud de sus miembros; por el contrario, la violencia desestabiliza la pareja y constituye un factor de riesgo para la salud de sus miembros (Afifi et al., 2009; Dillon, Hussain, Loxton, & Rahman, 2013).

Se puede definir violencia de pareja como un ejercicio de poder, en el cual, a través de acciones u omisiones, se daña o controla contra su voluntad a aquella persona con la que se tiene un vínculo íntimo, ya sea de noviazgo (relación amorosa mantenida entre dos personas con o sin intención de casarse y sin convivir), matrimonio (relación de convivencia y mutuo apoyo entre dos personas legalmente instituida y que suele implicar un vínculo amoroso) o cohabitación (relación amorosa entre dos personas que conviven con o sin intención de casarse y que puede tener un reconocimiento legal distinto al matrimonio) (Moral & López, 2014).

En México, se distinguen cuatro tipos de violencia de pareja por la modalidad de daño: la violencia física que está dirigida al cuerpo para ocasionar, dolor o incluso la muerte, considerándose en una categoría aparte todo lo relacionado con la sexualidad; la violencia psicológica que está dirigida a la autoestima, autoconcepto y equilibrio emocional; la violencia económica que está dirigida al control de ingresos, gastos y bienes; y violencia sexual que está dirigida a imponer o coartar las relaciones sexuales, o a vulnerar la autoestima e integridad sexuales (Secretaría de Gobernación, 1999).

Existen muchos instrumentos para avaluar la violencia en la pareja (Observatorio de Salud de la Mujer, 2005; Rathus & Feindler, 2004). Entre las pruebas de escrutinio se puede destacar: el Abusive Behaviour Inventory (ABI; Shepard & Campbell, 1992) que

evalúa la frecuencia de maltrato físico y psicológico contra la pareja, fue creado en Estados Unidos de América y puede ser aplicado ambos sexos; el Partner Abuse Scale, Non-Physical (PASNP; Thompson, Basile, Hertz, & Sitterle, 2006) que evalúa la intensidad de la violencia no física, fue creado en Estados Unidos de América y puede ser aplicado a ambos sexos; y el Abuse Screening Inventory (ASI; Swahnberg & Wijma, 2007) que evalúa la presencia de violencia en la pareja sin identificar explícitamente a la pareja como agresora, fue creado en Suecia y se ha validado sólo en mujeres;

Aparte de las pruebas de escrutinio aplicables a ambos sexos o centradas en la mujer, se tienen los instrumentos de evaluación del riesgo aplicado a agresores, usualmente a hombres. Entre estos instrumentos figuran: el Spousal Assault Risk Assessment (SARA; Kropp, Hart, Webster, & Eaves, 1995) y la Escala de Predicción de Riesgo grave contra la pareja (EPR; Echeburúa, Amor, Loinaz, & Corral, 2010).

Para evaluar la violencia en la pareja en México se tiene el Índice de Severidad de la Violencia de Pareja (ISVP) de Valdez et al. (2006), que evalúa intensidad de la violencia ejercida por la pareja y se aplica en mujeres; el inventario de Violencia Doméstica: Frecuencia y Percepción (VIDOFyP) de Trujano, Nava, Tejeda y Gutiérrez (2006) que evalúa la frecuencia y la percepción de violencia de una serie de conductas o situaciones de pareja, inicialmente se desarrolló para mujeres, pero posteriormente también se ha aplicado a hombres (Trujano, Martínez, & Camacho., 2010); el Cuestionario de Violencia en la Pareja (CVP) de Cienfuegos y Díaz-Loving (2010), que evalúa violencia sufrida y ejercida en la situación de vida en pareja, se responden en términos de frecuencia y es aplicable a ambos sexos y diversas situaciones de pareja (matrimonio, cohabitación o noviazgo); y el Cuestionario de Abuso contra la Mujer (CAM) de Linares, Champion y Salazar (2013), que evalúa la presencia de violencia física, psicológica o sexual contra la mujer.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2013) realizó un estudio de violencia hacia la mujer en 12 países de América Latina y el Caribe. Entre los resultados se encontró que 25.5% de las mujeres declaraban haber sufrido de violencia por parte de un compañero íntimo alguna vez y 7% durante los últimos 12 meses. Este estudio, al igual que otros realizados en México (INEGI, 2006, 2007), hace énfasis sobre la violencia infringida hacia la mujer; sin embargo, se reconoce que el varón también sufre violencia por parte de

su pareja femenina (INEGI, 2012). Las investigaciones de autores como Archer (2002), Straus (2007), Hattery (2009) y Fiebert (2013) han dejado claro que la violencia no es un fenómeno unidireccional y que la violencia es ejercida dentro de la pareja usualmente por ambos miembros. Si se retoma este señalamiento, al momento de evaluar la violencia en parejas heterosexuales, sería importante contemplar tanto la violencia ejercida como la sufrida en las modalidades de violencia física, psicológica, social y sexual, evaluar no sólo la frecuencia, sino también la intensidad, ser aplicable a ambos sexos y diversas situaciones de pareja (matrimonio, cohabitación o noviazgo). Actualmente no existe ningún instrumento con tales características (Nicholls, Pritchard, Reeves, & Hilterman, 2013; Observatorio de Salud de la Mujer, 2005). El cuestionario que más se aproxima a estas características es el CVP de Cienfuegos y Díaz-Loving (2010), pero no evalúa intensidad. Por este motivo se decidió modificar el CVP y solicitar a los participantes que evaluaran cada uno de sus 38 ítems en los aspectos de frecuencia y daño. Retomando la sugerencia del estudio de las propiedades psicométricas del CVP de Moral y López (2014), se añadió un segundo ítem de violencia sexual ejercida, debido a los problemas de consistencia interna y comunalidad del ítem de violencia sexual ejercida ya presente en el cuestionario, pasando el CVP a estar integrado por 39 ítems.

Considerando estos antecedentes la presente investigación tuvo como objetivos: 1) modificar el CVP para que evalúe violencia sufrida y ejercida en frecuencia y daño y 2) estudiar su consistencia interna y estructura factorial. Se espera que los valores de consistencia interna de las 2 escalas del cuestionario y sus factores varíen de aceptables a altos; que la estructura factorial de los 27 ítems de violencia sufrida, tanto los de frecuencia como los de daño, sea de 4 factores correlacionados: psicológica/social, física, sexual y económica; y la estructura factorial de los 12 ítems de violencia ejercida, tanto los de frecuencia como los de daño, sea de 2 factores correlacionados: violencia psicológica y otro tipo de violencia (Cienfuegos & Díaz-Loving, 2010; Moral & López, 2014).

Método

Se realizó un estudio instrumental o de desarrollo de una escala con un diseño ex post facto transversal y un muestreo no probabilístico.

Participantes. Se recolectó una muestra no probabilística de tipo incidental de 240 participantes voluntarios de la ciudad de Monterrey, México. Como criterios de inclusión se requirió: saber leer y escribir, ser mayor de 18 años, tener una relación de pareja heterosexual y dar el consentimiento informado. Los criterios de exclusión fueron: cuestionario incompleto e impresión de la encuestadora de que el participante respondió de una forma inatenta o arbitraria.

El cuestionario fue administrado de forma individual por una encuestadora en casas, calles peatonales y parques públicos. La participación fue no remunerada. El cuestionario iba precedido por una hoja en la que se solicitaba el consentimiento para la participación en el estudio, se informaba de los objetivos de la investigación, responsables de la misma y su adscripción institucional; asimismo, se garantizaba el anonimato y confidencialidad de la información dada, siguiendo las normas éticas de la Sociedad Mexicana de Psicología (2007) y de la American Psychological Association (2002).

La mitad de los participantes fueron hombres y la otra mitad mujeres. Se alternó entre un hombre y una mujer en la aplicación para conseguir el mismo número de participantes de ambos sexos. El porcentaje de participación, dando el consentimiento y respondiendo al cuestionario completo, fue del 82 % (240 de 293). En la mayoría de los casos en los que no se prestó el consentimiento y no se deseó participar, el motivo dado fue falta de tiempo.

La media de edad en la muestra fue 35.41 años ($DE = 9.63$) con mínima de 18 años y máxima de 57 años. Con respecto a la escolaridad, 23 de los 240 participantes (9.6%) indicaron haber terminado primaria, 58 (24.2%) secundaria, 47 (19.6%) media superior general, 39 (16%) media superior técnica y 73 (30.4 %) estudios superiores. Con respecto a la actividad laboral, 45 de los 240 participantes (18.8%) reportaron dedicarse a labores del hogar, 67 (27.9%) trabajar como empleados de oficina o ventas, 54 (22.5%) trabajar como empleados manuales, 45 (18.8%) desempeñarse como profesionistas, 14 (5.8%) tener negocio propio, 8 (3.3%) estar desempleados y 7 (2.9%) dedicarse a estudiar. Con respecto al estatus socioeconómico autodefinido, 54 de los 118 participantes (22.5%) se definieron de estatus socioeconómico bajo, 62 (25.8%) medio-bajo, 91 (37.9%) medio, 30 (12.5%) medio-alto y 3 (1.3%) alto. Con respecto al estado civil, 118 de los 240 participantes

(49.2%) reportaron estar casados, 22 (9.2%) solteros, 44 (18.3%) divorciados o separados y 56 (23.3%) en unión libre. De los 240 participantes, 191 (79.6%) dijeron tener hijos y 49 (20.4%) no tener. La media del número de hijos fue 2.31 ($DE = 1.06$), variando de 1 a 5 entre los que sí tenían hijos.

Instrumento. Cuestionario de Violencia Sufrida y Ejercida de Pareja (CVSEP). Fue diseñado para este estudio y procede del CVP de Cienfuegos y Díaz-Loving (2010). Permite evaluar la violencia sufrida y ejercida en la situación de pareja en los aspectos de frecuencia y daño. Es aplicable a ambos sexos. El cuestionario está integrado por cuatro escalas. Dos escalas evalúan violencia sufrida de la pareja por medio de los mismos 27 ítems directos que tienen un formato de respuesta tipo Likert de 5 valores. En una escala los 27 ítems se responden en términos de frecuencia (de 1 “*nunca*” a 5 “*siempre*”) y en la otra escala los 27 ítems se responden en términos de daño sufrido (de 1 “*nada*” a 5 “*mucho*”). Con respecto al contenido de estos 27 ítems de violencia sufrida, 8 ítems están orientados hacia la violencia psicológica/social (ítems 6, 9, 15, 17, 18, 19, 21 y 22), 7 ítems hacia la violencia física/intimidación/agresión (ítems 2, 3, 11, 12, 13, 16 y 25), 7 ítems hacia violencia sexual (ítems 1, 4, 5, 7, 8, 14 y 27) y 5 ítems hacia violencia económica (ítems 10, 20, 23, 24 y 26). Las otras dos escalas evalúan violencia ejercida contra la pareja por medio de los 12 mismos ítems directos que tienen un formato de respuesta tipo Likert de 5 valores. Una escala se responde en términos de frecuencia (de 1 “*nunca*” a 5 “*siempre*”) y otra escala se responde en términos de daño infringido (de 1 “*nada*” a 5 “*mucho*”). Con respecto al contenido de estos 12 ítems de violencia ejercida, 5 ítems están orientados hacia la violencia psicológica (ítems del 28 al 32) y 7 ítems hacia otro tipo de violencia, como social, económica, física y sexual (ítems del 33 al 39). Véase el CVSEP en el Anexo.

Se añadió un ítem de violencia sexual ejercida (ítem 39 “*he dicho a mi pareja que es feo/a o poco atractivo/a*”) que no estaba en el CVP para complementar o sustituir al que ya tenía el cuestionario (ítem 34 “*no tomo en cuenta las necesidades sexuales de mi pareja*”), debido a que dicho ítem mostró baja consistencia interna (Cienfuegos & Díaz-Loving, 2010; Moral & López, 2014). La redacción de este ítem se hizo en correspondencia con el ítem que mostraba más consistencia y peso factorial dentro del factor de frecuencia

de violencia sexual sufrida, que era ítem 7 “*mi pareja ha dicho que soy feo/a o poco atractivo/a*”.

Análisis de datos. La consistencia interna se calculó por el coeficiente alfa de Cronbach. Unos valores de $\alpha \geq .90$ se consideraron excelentes, de .80 a .89 buenos, de .70 a .79 aceptables, de .60 a .69 cuestionables y de .50 a .59 pobres y $< .50$ inaceptables (Cronbach & Shavelson, 2004). La asociación lineal se calculó por la correlación producto-momento de Pearson; unos valores de $r < .10$ se consideraron magnitudes de la asociación triviales, de .10 a .29 bajas, .30 a .49 moderadas, de .50 a .69 altas y de .70 a .89 muy altas y $\geq .90$ unitarias (Ellis, 2010).

La estructura se determinó tanto por análisis factorial exploratorio por Componentes Principales con rotación Oblimin como por análisis factorial confirmatorio por Mínimos Cuadrados Libres de Escala (SLS). El número de factores se determinó por el criterio de Horn (percentil 95), de Kaiser (autovalores mayores que 1) y de la expectativa. Se optó por el método SLS debido al incumplimiento de normalidad multivariada y el nivel de medida ordinal de las variables manifiestas (Byrne, 2010).

Se contemplaron 8 índices de ajuste para el análisis factorial confirmatorio: prueba chi-cuadrado (χ^2), cociente entre el estadístico chi-cuadrado y sus grados de libertad (χ^2/gl), prueba de Bollen-Stine (B-S), índice de bondad de ajuste (GFI) de Jöreskog y Sörbom y su modalidad corregida (AGFI), índice normado de ajuste de Bentler-Bonett (NFI), índice relativo de ajuste por el coeficiente rho de Bollen (RFI) y el residuo estandarizado cuadrático medio (SRMR). Se estipularon como valores de buen ajuste para los índices: p de χ^2 y p de B-S $> .05$, $\chi^2/\text{gl} \leq 2$, $\text{GFI} \geq .95$, AGFI , NFI y $\text{RFI} \geq .90$ y $\text{SRMR} \leq .05$; y como valores adecuados: p de χ^2 y p de B-S $> .01$, $\chi^2/\text{gl} \leq 3$, $\text{SRMR} \leq .08$, $\text{GFI} \geq .85$ y AGFI , NFI y $\text{RFI} \geq .80$. La significación de los parámetros se contrastó por el método de percentiles corregidos de sesgo (PCS). Se extrajeron 2,000 muestras para la aplicación del método PCS y la prueba de Bollen-Stine. Se estudiaron las propiedades de invarianza factorial entre ambos sexos por contraste multi-grupo, especificándose modelos anidados en restricciones acumulativas. Se consideró que la invarianza es aceptable si la bondad de ajuste es buena o aceptable y estadísticamente equivalente o próxima, al menos, entre el

modelo sin constricciones y el modelos con constricciones en los pesos de medida (Byrne, 2010; Moral, 2006).

Para definir la estructura factorial se requirió pesos de medida significativos y saturaciones $\geq .30$, consistencia interna de los factores al menos aceptable ($\alpha \geq .70$), correlaciones entre los factores no unitarias y $< .80$, y propiedades de invarianza entre ambos sexos aceptables.

Resultados

Consistencia Interna y Estructura Factorial de los 27 Ítems de Frecuencia de Violencia Sufrida. La consistencia interna de los 27 ítems de frecuencia de violencia sufrida fue excelente ($\alpha = .95$). La correlación de cada ítem con el resto de la escala varió de .31 (ítem 5) a .82 (ítem 25) con una media de .62 ($DE = .12$). Por el análisis paralelo de Horn, el número de componentes fue dos. Al extraerse los componentes se explicó el 52.3% de la varianza total. Tras la rotación oblicua, el primer componente quedó definido por 17 ítems sobre violencia económica (ítems 10, 20, 23, 24 y 26), psicológica/social (ítems 6, 9, 12, 15, 17, 18, 19, 21 y 22), intimidación/agresión (ítems 13 y 25) y sexual (ítem 14) y tuvo consistencia interna excelente ($\alpha = .94$). El segundo componente quedó configurado por 10 ítems sobre violencia sexual (ítems 1, 4, 5, 7, 8 y 27) y física (ítems 2, 3, 11 y 16) y tuvo consistencia interna buena ($\alpha = .88$). La correlación de ambos componentes de violencia físico/sexual y otro tipo de violencia fue significativa, moderada y directa ($r = .49, p < .01$).

Por el criterio de Kaiser el número de componentes fue 5. Al extraerse los componentes se explicó el 66.6% de la varianza total. Tras la rotación oblicua, el primer componente quedó definido por 13 ítems sobre violencia física, agresión e intimidación (ítems 3, 11, 13, 16 y 25), violencia sexual (ítems 1, 4, 7, 14 y 27) y psicológica (ítems 15 y 17) y tuvo consistencia interna excelente ($\alpha = .93$). El segundo componente quedó integrado por 2 ítems sobre violencia sexual en aspectos de rechazo e ignorar al otro (ítems 5 y 8) y tuvo consistencia interna pobre ($\alpha = .58$). El tercer componente está constituido por 2 ítems sobre violencia psicológica dirigida al rol parental del cuidado de los hijos (ítems 18 y 19) y tuvo consistencia interna excelente ($\alpha = .91$). El cuarto componente quedó

conformado por 4 ítems sobre violencia psicológico/social (ítems 6, 9, 21 y 22) y tuvo consistencia interna buena ($\alpha = .82$). El quinto componente quedó formado por 6 ítems sobre violencia económica (ítems 10, 20, 23, 24 y 26) y psicológica (ítem 12) y tuvo consistencia interna buena ($\alpha = .89$). Las correlaciones entre los componentes variaron de .09 ($p = .15$) a .46 ($p < .01$) con una media de .30 ($DE = .14$).

Al extraerse 4 componentes conforme a la expectativa se explicó el 62.7% de la varianza total. Tras la rotación oblicua, el primer componente quedó configurado por 6 ítems sobre violencia física/intimidación/agresión (ítems 2, 11, 13, 14, 16 y 25) y violencia sexual (ítem 14) y tuvo consistencia interna buena ($\alpha = .89$). El segundo componente quedó definido por 6 ítems sobre violencia sexual (ítems 1, 4, 5, 7, 8 y 27) y tuvo consistencia interna fue buena ($\alpha = .80$). El tercer componente quedó integrado por 9 ítems sobre violencia económica (ítems 10, 20, 23, 24 y 26) y violencia psicológica relacionada con el desempeño de roles (ítems 15, 18 y 19) e intimidación (ítem 12) tuvo consistencia interna excelente ($\alpha = .91$). El cuarto componente quedó constituido por 6 ítems sobre violencia psicológica/social (ítems 6, 9, 17, 21 y 22) e intimidación (ítem 3) y su consistencia interna fue buena ($\alpha = .85$). Las correlaciones entre los 4 componentes variaron de .28 a .51 con una media de con una media de .36 ($DE = .08$).

Por análisis factorial confirmatorio se contrastó el modelo esperado de 4 factores correlacionados (4FC_Esp.), aparte de 2 modelos derivados de análisis factorial exploratorio: de 4 y 2 factores correlacionados (4FC_Obs. y 2FC_Obs., respectivamente). Al observar correlaciones altas o muy altas entre los factores (Φ de .68 a .90 en el modelo esperado de 4 factores, de .65 a .85 en el observado de 4 factores y de .78 en el observado de dos factores) y al considerar el valor excelente de consistencia entre los 27 ítems también se especificó un modelo de un factor (1F) y 2 modelos 4 factores jerarquizados a uno general (4FJ_Esp. y 4FJ_Obs.). Se descartó el modelo de 5 factores debido a que dos factores quedaron con un número insuficiente de indicadores y uno de ellos tuvo una consistencia interna pobre.

Conforme con Moral y López (2014), el modelo esperado de 4 factores, ya sean correlacionados (4FC_Esp.) o jerarquizados (4FJ_Esp.), quedó definido por violencia psicológica/social con 8 indicadores (ítems 6, 9, 15, 17, 18, 19, 21 y 22), violencia

física/intimidación/agresión con indicadores con 7 indicadores (ítems 2, 3, 11, 12, 13, 16 y 25), violencia sexual con 7 indicadores (ítems 1, 4, 5, 7, 8, 14 y 27) y violencia económica con 5 indicadores (ítems 10, 20, 23, 24 y 26). En la presente muestra la consistencia interna de los 4 factores que varió de aceptable ($\alpha = .71$) a excelente ($\alpha = .90$).

Tabla 1

Índices de Ajuste de Modelos Factoriales para los 27 Ítems de Frecuencia de Victimización

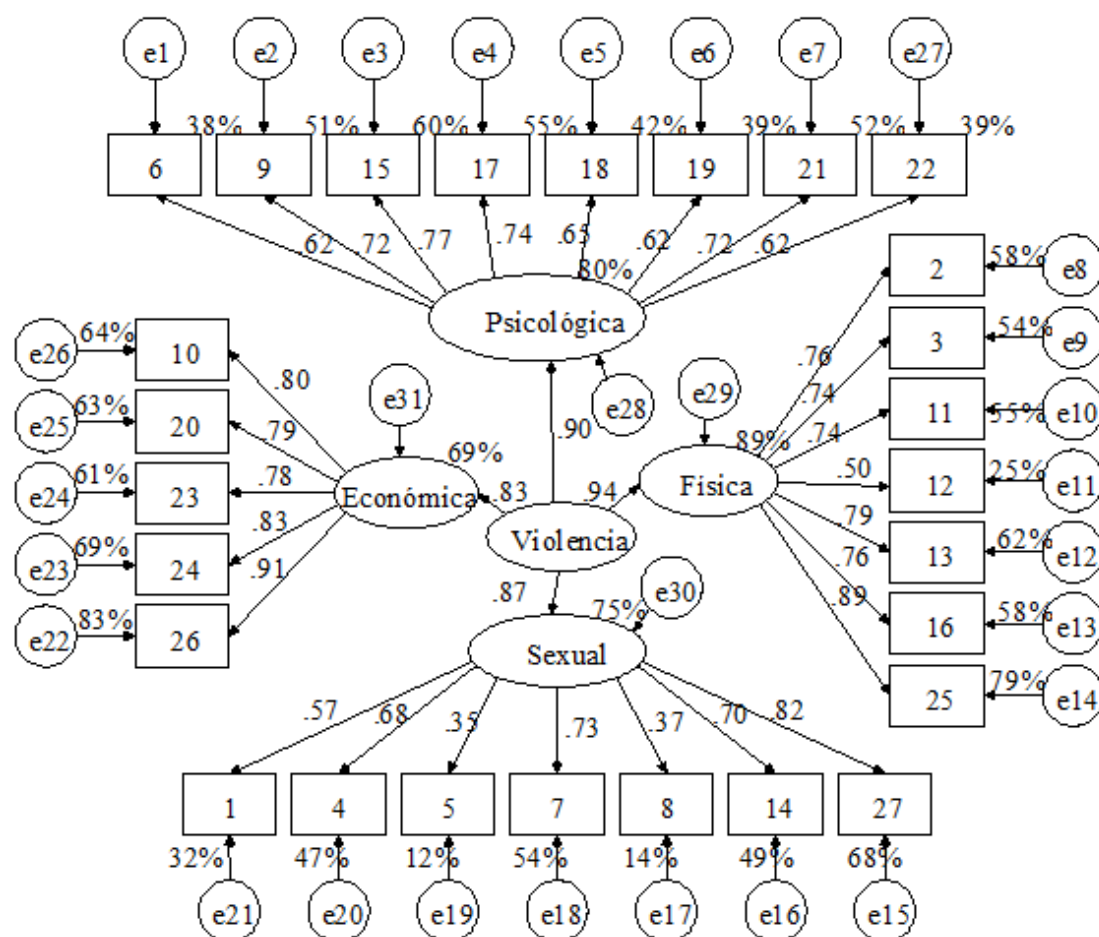
Índices de ajuste	Uni-grupo					
	4FC_ Esp.	4FJ_ Esp	4FC_ Obs	4FJ_ Obs	2FC_ Obs.	1F
χ^2	390.7	440.7	415.9	437.6	505.7	616.9
gl	318	320	318	320	323	54
p	< .01	< .01	< .01	< .01	< .01	< .01
χ^2/gl	1.22	1.38	1.31	1.37	1.56	1.90
B-S	< .01	< .01	< .01	< .01	< .01	< .01
SRMR	.07	.07	.07	.07	.08	.08
GFI	.98	.98	.98	.98	.97	.97
AGFI	.97	.97	.97	.97	.97	.96
NFI	.98	.97	.97	.97	.97	.96
RFI	.97	.97	.97	.97	.97	.96

Nota: Método: mínimos cuadrados simples o libres de escala (SLS). Modelos: Número de factores: 4, 2 ó 1.

C = factores correlacionados, J = factores jerarquizados a un factor general, Esp = modelo esperado,

Obs = modelo observado, esto es, especificado desde los resultados del análisis factorial exploratorio.

Figura 1. Modelo esperado de 4 factores jerarquizados a uno general (4FJ_Esp.) para los 27 ítems frecuencia de violencia sufrida o victimización en la muestra conjunta.



El valor estandarizado de la curtosis multivariada de Mardia de los 27 ítems fue de 83.73, lo que evidenció desviación de la normalidad multivariada. Los 6 modelos especificados tuvieron todos sus parámetros significativos por el método de percentiles corregidos de sesgo. Los índices de ajuste fueron buenos, aunque la bondad de ajuste no se sostuvo por la probabilidad de Bollen-Stine, ni por la probabilidad del estadístico chi-cuadrado (véase Tabla 1). El modelo esperado de 4 factores correlacionados (4FC-Esp.) fue el que mostró los mejores índices de ajuste. Los modelos de factores correlacionados tuvieron mejor ajuste que los modelos de factores jerarquizados (véase Figura 1). No obstante, por las correlaciones tan altas entre los factores, incluso unitaria entre violencia

física y sexual ($\Phi = .90$), se consideró que, en un principio, el modelo jerarquizado de 4 factores era una representación de los datos conceptualmente más adecuada.

Al hacer el contraste multigrupo de modelo esperado de 4 factores jerarquizados a uno general (4FJ-Esp.), todos los parámetros fueron significativos en ambas muestras, salvo el peso de medida del factor de violencia sexual/física sobre el ítem 8 en el modelo sin constricciones en hombres. Los modelos sin constricciones, con restricción en los pesos de medida y con restricción adicional en los pesos estructurales mostraron buen ajuste a los datos, salvo por los estadísticos chi-cuadrado y la probabilidad de muestreo repetitivo de Bollen-Stine. No obstante, los índices de ajuste fueron malos al imponer constricciones adicionales en las varianzas-covarianzas estructurales y en los residuos de medida (véase Tabla 2). En mujeres fue mayor la varianza del factor general y menores los residuos. El modelo se definió con pesos de medida más altos en mujeres que en hombres.

Tabla 2

Invarianza entre Ambos Sexos del modelo esperado de 4 factores jerarquizados y el observado de 2 factores correlacionados para los 27 ítems de frecuencia de victimización

Índices de ajuste	4FJ_Esp.						2FC_Obs.			
	SC	PM	PE	CE	RE	RM	SC	PM	CE	RM
χ^2	752.8	1,400.5	1,433.8	5,213.2	6,549.6	7,017.6	833.3	1,564.1	6,549.8	7,067.8
p	.640	.663	.666	.667	.671	.698	<.01	<.01	<.01	<.01
χ^2/gl	<.01	<.01	<.01	<.01	<.01	<.01	1.29	2.33	9.72	10.08
B-S	1.18	2.11	2.15	7.82	9.76	10.05	<.01	<.01	<.01	<.01
SRMR	<.01	<.01	<.01	<.01	<.01	<.01	.08	.10	.34	.21
GFI	.07	.09	.09	.29	.34	.21	.95	.91	.61	.59
AGFI	.96	.92	.92	.69	.62	.59	.94	.90	.57	.55
NFI	.95	.91	.91	.65	.57	.56	.94	.89	.52	.49
RFI	.95	.90	.90	.62	.53	.49	.93	.88	.50	.49

Nota: SC = sin constricciones, PM = con constricciones en pesos de medida, PE = pesos estructurales, CE = varianzas-covarianzas estructurales, RE = residuos estructurales y RM = residuos de medida.

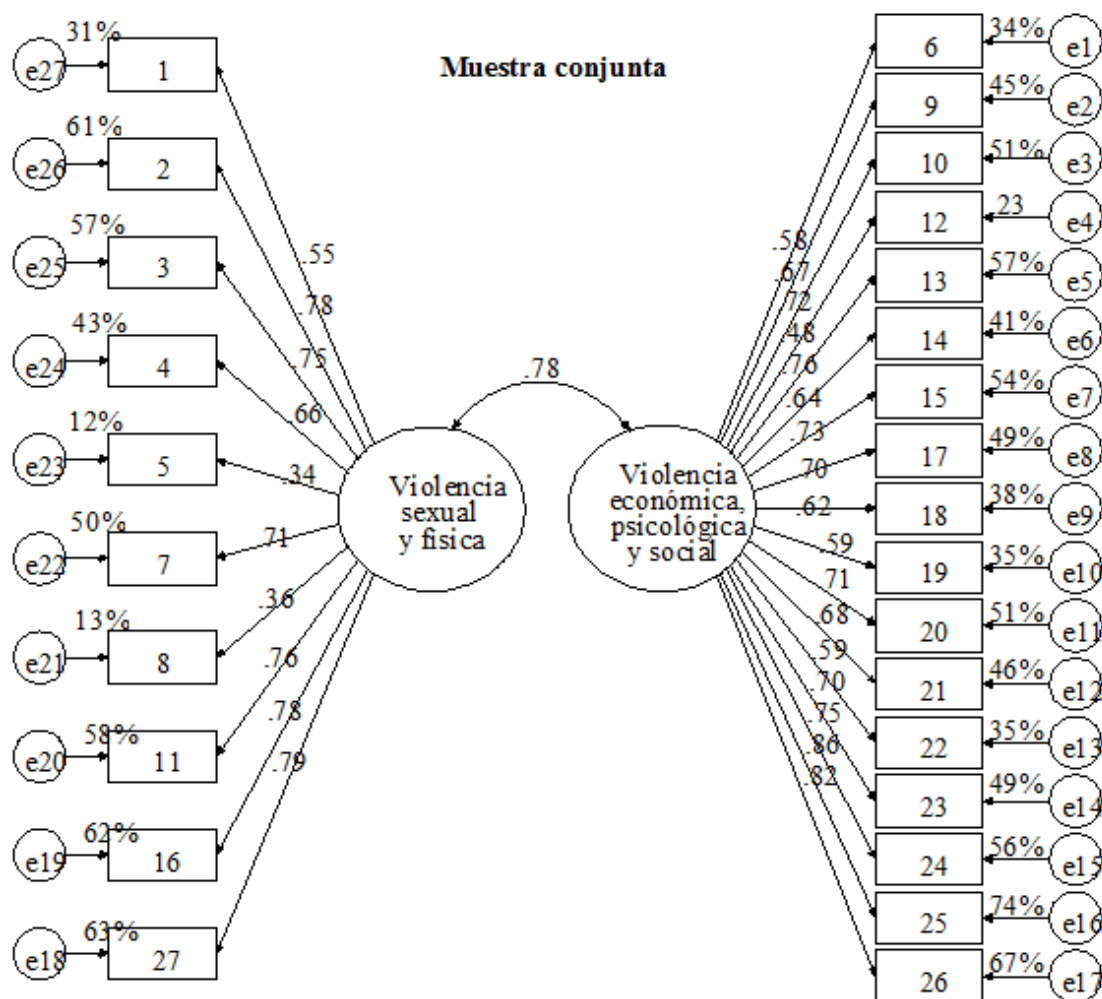
En el modelo esperado de 4 factores jerarquizados (4FJ-Esp.), el peso estructural del factor general fue unitario sobre violencia física ($\lambda = .94$) y psicológica/social ($\lambda = .90$) en el contraste unigrupo. En el contraste multigrupo también ambos pesos fueron unitarios en el modelo sin constricciones en la muestra de hombres (.97 y .95, respectivamente) y el de violencia física en mujeres ($\lambda = .93$). Por las correlaciones unitarias en los contrastes unigrupo y multigrupo del modelo 4FC-Esp ($\Phi \geq .90$) y los dos pesos unitarios en los contrastes del modelo 4FJ-Esp ($\lambda \geq .90$), el modelo esperado de 4 factores debe descartarse como artificioso o no sustantivo. Aparte de lo artificial o forzado de la distinción de 4 factores, en la muestra de hombres, la violencia sexual tuvo consistencia interna pobre ($\alpha = .55$) y la violencia económica cuestionable ($\alpha = .67$). También el modelo observado de 4 factores correlacionados (4FC-Obs.), la correlación entre violencia física y sexual fue unitaria y los factores de violencia económica y sexual no alcanzaron consistencia interna aceptable en hombres.

Estos problemas de consistencia interna no aparecieron en el modelo de dos factores correlacionados (2FC-Obs.). La consistencia interna varió de aceptable ($\alpha = .72$ en violencia físico/sexual) a excelente (.88 en otro tipo de violencia) en hombres y fue excelente en mujeres (.91 y .95, respectivamente). En el contraste unigrupo, la correlación entre ambos factores fue muy alta ($\Phi = .78$), pero menor que .80 (véase Figura 2).

Al contrastar la invarianza entre ambos sexos del modelo de dos factores correlacionados (2FC-Obs.), persistió el problema de falta de significación del peso de medida sin restricción del factor de violencia sexual/física sobre el ítem 8 en hombres, como en los modelos de 4 factores, siendo todos los demás parámetros significativos en ambas muestras. Este peso pasó a ser significativo una vez constreñido. La bondad de ajuste del modelo sin constricciones se rechazó por el estadístico chi-cuadrado y la probabilidad de Bollen-Stine, pero 5 índices reflejaron buen ajuste y el residuo estandarizado cuadrático medio mostró un valor de ajuste adecuado. El ajuste empeoró al imponer constricciones en los pesos de medida y el ajuste fue malo en los modelos con constricciones adicionales en las varianzas-covarianzas estructurales y en los residuos

(véase Tabla 2). La correlación de los dos factores fue muy alta en mujeres ($\Phi = .84$) y alta en hombres ($\Phi = .70$). En mujeres fueron menores los residuos, quedando el modelo definido con pesos de medida más altos.

Figura 2. Modelo de 2 factores correlacionados (2FC_Obs.) para los 27 ítems de frecuencia de violencia sufrida o victimización en la muestra conjunta.



Consistencia interna y estructura factorial de los 27 ítems de daño sufrido. La consistencia interna de los 27 ítems de daño sufrido fue excelente ($\alpha = .95$). la correlación de cada ítem con el resto de la escala varió de .50 (ítems 5 y 13) a .77 (ítem 21) con una media de .64 ($DE = .08$). Por el análisis paralelo de Horn, el número de componentes fue

tres. Al extraerse los componentes se explicó el 59.5% de la varianza total. Tras la rotación oblicua, el primer componente quedó configurado por 11 ítems sobre daño por violencia económica (ítems 10, 20, 23, 24, y 26), psicológica-social (ítems 15, 17, 18, 19 y 21) y agresión verbal (ítem 25) y tuvo consistencia interna excelente ($\alpha = .93$). El segundo componente está definido por 8 indicadores sobre daño por violencia sexual (ítems 1, 4, 5, 7, 8 y 27) e intimidación/chantaje (ítems 3 y 12) tuvo consistencia interna buena ($\alpha = .88$). El tercer componente quedó integrado por 8 indicadores sobre daño por violencia física (ítems 2, 11, 13, 16 y 22), violencia psicológica-social motivada por los celos (ítems 6, 9) y sexual (ítem 14) y tuvo consistencia interna buena ($\alpha = .88$). Los 3 componentes correlacionaron entre sí con valores que variaron de .38 a .51

Al extraerse 4 componentes conforme a la expectativa se explicó el 64.4% de la varianza total. Tras la rotación oblicua, el primer componente quedó configurado por 11 ítems sobre daño por violencia económica (ítems 10, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25 y 26), psicológica-social (ítems 15, 17, 18, 21) y agresión verbal (ítem 25) y tuvo consistencia interna excelente ($\alpha = .93$). El segundo componente quedó definido por 8 ítems sobre daño por violencia sexual (ítems 1, 4, 5, 7, 8 y 27) e intimidación/chantaje (ítems 3 y 12) y tuvo consistencia interna buena ($\alpha = .88$). El tercer componente quedó integrado por 5 ítems sobre daño por violencia física (ítems 2, 11, 13 y 16) y sexual (ítem 14) y tuvo consistencia interna buena ($\alpha = .86$). El cuarto componente quedó constituido por 3 indicadores sobre violencia psicológica-social motivada por los celos (ítems 6, 9 y 22) y tuvo consistencia interna buena ($\alpha = .83$). Los 4 componentes correlacionaron positivamente con valores que oscilaron de .23 a .52. En comparación con la solución de 3 componentes, los dos primeros coincidieron totalmente, pero el tercero se disgregó en dos.

Por el criterio de Kaiser el número de componentes fue 5. Al extraerse los componentes se explicó el 68.3% de la varianza total. Tras la rotación oblicua, el primer componente quedó definido por 8 ítems sobre daño por violencia económica (ítems 10, 23, 24 y 26), psicológica-social (ítems 15, 17 y 21) y sexual (ítem 27) y tuvo consistencia interna excelente ($\alpha = .91$). El segundo componente quedó integrado por 7 ítems sobre daño por violencia sexual (ítems 1, 4, 5, 7 y 8), psicológica (ítem 12) y física (ítem 3) y tuvo consistencia interna buena ($\alpha = .86$). El tercer componente quedó definido por 3 ítems sobre

daño por violencia psicológica en relación con el rol parental de cuidado del hijo y el hogar (ítems 18 y 19) y económica (ítem 20) y tuvo consistencia interna buena ($\alpha = .88$). El cuarto factor quedó integrado por 3 ítems sobre daño por violencia social motivada por celos (ítems 6, 9 y 22) y tuvo consistencia interna buena ($\alpha = .83$). El quinto componente quedó integrado por 5 ítems sobre daño por violencia física (ítems 2, 11, 13, 14 y 16) y violencia sexual referente a forzar a tener relaciones sexuales (ítem 14) y tuvo consistencia interna buena ($\alpha = .85$). Los 5 componentes correlacionaron con valores que oscilaron de .26 a .50.

Tabla 3

Índices de ajuste de modelos factoriales para los 27 ítems de daño sufrido e invarianza entre ambos sexos del modelo observado de 4 factores correlacionados

Índices de ajuste	Uni-grupo				Multi-grupo (4FC_Obs)			
	4FC_Esp.	5FC-Obs	4FC_Obs	3FC_Obs	SC	PM	CE	RM
χ^2	469.1	398.8	406.4	453	664	1,150.7	3,757	4,064
gl	318	314	318	321	636	659	669	696
p	< .01	< .01	< .01	< .01	.21	< .01	< .01	< .01
χ^2/gl	1.48	1.27	1.28	1.41	1.04	1.75	5.62	10.03
p de B-S	< .01	< .01	< .01	< .01	< .01	< .01	< .01	< .01
SRMS	.07	.07	.07	.07	.07	.09	.25	.13
GFI	.98	.98	.98	.98	.96	.94	.80	.78
AGFI	.97	.98	.98	.98	.96	.93	.77	.76
NFI	.97	.98	.98	.98	.96	.93	.76	.74
RFI	.97	.97	.97	.97	.95	.92	.74	.73

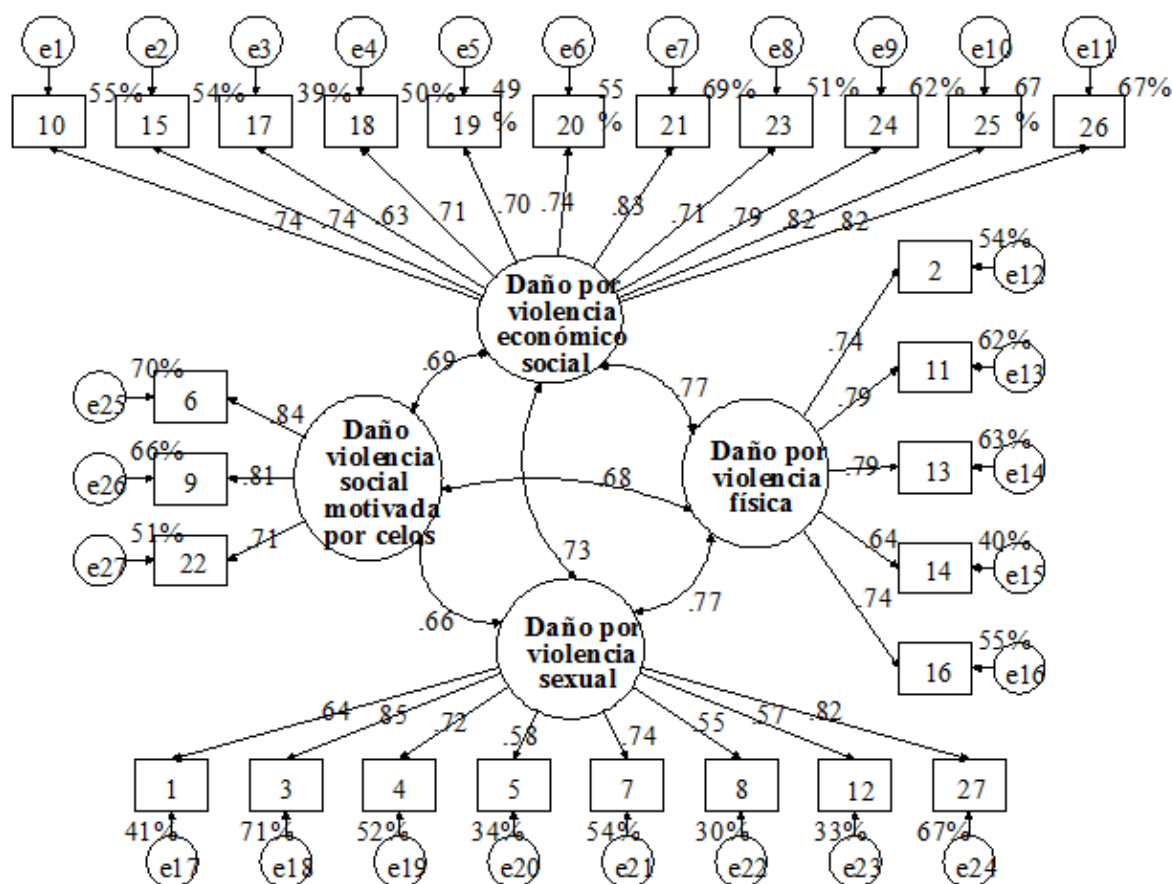
Nota: Método: mínimos cuadrados simples o libres de escala (SLS). Modelos: Número de factores: 5, 4 ó 3. C = factores correlacionados, Esp = modelo esperado, Obs = modelo observado, esto es, especificado desde los resultados del análisis factorial exploratorio. Modelos jerarquizados anidados en constricciones acumulativas para el contraste multi-grupo entre ambos sexos: SC = sin constricciones, PM = con constricciones en pesos de medida, CE = varianza-covarianzas estructurales y RM = residuos de medida.

Por análisis factorial confirmatorio se contrastó el modelo esperado de 4 factores correlacionados (4FC-Esp.), aparte de 2 modelos derivados de análisis de componentes principales, de 4 y 3 factores correlacionados (4FC-Obs y 3FC-Obs., respectivamente). El valor estandarizado de la curtosis multivariada de Mardia de los 27 ítems fue de 75.80, lo que evidenció desviación de la normalidad multivariada. Los índices de ajuste fueron buenos, aunque los modelos se rechazaron por la prueba chi-cuadrado y la probabilidad de Bollen-Stine y el residuo estandarizado cuadrático medio reflejó un ajuste adecuado.

El modelo con mejor ajuste fue el empírico de 4 factores correlacionados (4FC-Obs.) con la ventaja no sólo de tener todos sus parámetros significativos, sino correlaciones menores que .80 entre sus factores. Debe señalarse que la correlación entre el factor de violencia económico-social sufrida y violencia contra el rol parental en el modelo de cinco factores fue de .86 en la muestra conjunta. Estos dos factores quedaron integrados en el modelo de 4 factores derivado del análisis factorial exploratorio (véanse Tabla 3 y Figura 3).

Al hacer el contraste multigrupo de modelo observado de 4 factores correlacionados (4FC_Obs.), todos los parámetros fueron significativos en ambas muestras. Los modelos sin constricciones y con restricción en los pesos de medida mostraron buen ajuste a los datos, salvo por los estadísticos chi-cuadrado y la probabilidad de muestreo repetitivo de Bollen-Stine. No obstante, los índices de ajuste fueron malos al imponer constricciones adicionales en las varianzas-covarianzas estructurales y en los residuos de medida (véase Tabla 3). En mujeres fueron mayores las varianzas de los factores y menores los residuos, esto es, el modelo resultó más definido con pesos de medida más altos en mujeres. Los valores de consistencia interna de los 4 factores variaron de .84 a .94 en mujeres y en hombres de .73 a .91.

Figura 3. Modelo observado de 4 factores correlacionados (4FC_Obs.) para los 27 ítems de daño sufrido por violencia de la pareja en la muestra conjunta.



Consistencia interna y estructura factorial de los 12 ítems de frecuencia de violencia ejercida. De los 12 ítems 11 fueron consistentes, mostrando debilidad en su consistencia el ítem 7 sobre violencia sexual. La correlación corregida varió de .23 (ítem 7) a .72 (ítem 4) con una media de .51 ($DE = .16$). La consistencia interna de los 12 ítems fue buena ($\alpha = .84$) y se incrementó a .85 con la eliminación del ítem 7.

Por el análisis paralelo de Horn, el número de componentes fue uno. Al extraer un único componente se explicó el 38.70% de la varianza total. Todos los ítems presentaron saturaciones mayores o iguales a .30, siendo la más baja la del ítem 7.

Al extraerse 2 componentes conforme a la expectativa y el criterio de Kaiser se explicó el 48.8% de la varianza total. Tras la rotación oblicua, el primero quedó configurado por 5 ítems sobre violencia psicológica (ítems 28, 29, 30, 31 y 32) y 2 sobre agresión (ítems 33 y 36) y tuvo consistencia interna buena ($\alpha = .86$). El segundo quedó integrado por 5 ítems sobre violencia económica (ítems 37 y 38), social (ítem 35) y sexual (ítems 34 y 39) y tuvo consistencia interna pobre ($\alpha = .55$), la cual se incrementó al eliminar el ítem 34 ($\alpha = .57$). La correlación entre ambos fue moderada ($r = .44, p < .01$).

Por análisis factorial confirmatorio se contrastaron tres modelos. Dos modelos fueron de dos factores correlacionados. Un modelo bifactorial se especificó desde la expectativa, conforme con Moral y López (2014): violencia psicológica con 5 indicadores (ítems del 28 al 32) y otro tipo de violencia distinta de la psicológica con 7 indicadores (ítems del 33 al 39). En la presente muestra el primer factor mostró una consistencia interna alta ($\alpha = .85$) y el segundo cuestionable ($\alpha = .66$). El otro modelo bifactorial se especificó desde el resultado del análisis factorial exploratorio; en este segundo modelo los ítems 33 y 36 fueron indicadores del primer factor de violencia psicológica-agresión y el segundo factor de otro tipo de violencia quedó con 5 indicadores (2FC_Obs.). El tercer modelo fue de un factor general, sustentado por el análisis paralelo de Horn (1F_Obs.).

El valor estandarizado de la curtosis multivariada de Mardia de los 12 ítems fue de 41.47, lo que refleja desviación de la normalidad multivariada. En los tres modelos todos los parámetros fueron significativos por PCS, incluyendo el peso del factor de otro tipo de violencia sobre el ítem 7. La bondad de ajuste de los 2 modelos de 2 factores correlacionados fue mayor en comparación con la del modelo unifactorial ($\Delta\chi^2 = 8.86, p < .01$ para modelo esperado y $\Delta\chi^2 = 18.69, p < .01$ para el modelo observado). Por la probabilidad de Bollen-Stine, no se mantuvo la bondad de ajuste con una $p > .05$ en ninguno de los tres modelos; sólo el modelo observado de 2 factores correlacionados (2FC_Obs.) tuvo un $p > .01$. En este último modelo (véase Figura 4), los restantes índices de ajuste contemplados fueron buenos, incluyendo el estadístico chi-cuadrado ($p = .18$). En los otros dos casos, los índices de ajuste varían de buenos (χ^2/gl , RMR, GFI, AGFI, NFI y RFI) a adecuados (χ^2) (véase Tabla 4).

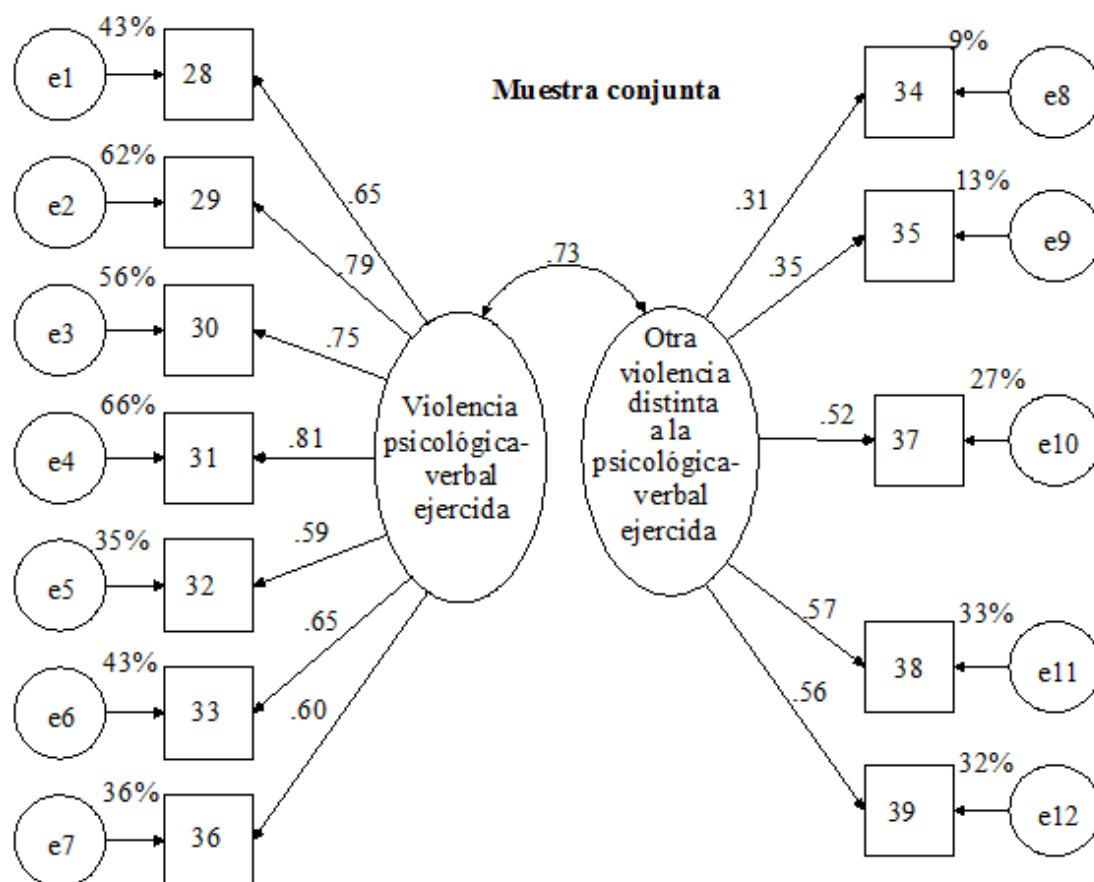
Tabla 4

Índices de ajuste para los ítems de frecuencia de violencia ejercida e invarianza entre ambos sexos del modelo observado de 2 factores correlacionados y de 1 factor

In- di- ces	Uni-grupo				Multi-grupo entre ambos sexos							
	2FC-	2FC-	1F-	1F-	2FC-Obs.				1F-10			
	Esp.	Obs.	12	10	SC	PM	CE	RM	SC	PM	CE	RM
χ^2	71.9	62.2	80.9	53.9	92.5	145.7	665.1	750	74.2	118.7	585.8	668.8
p	.04	.18	.01	.02	.82	.03	<.01	<.01	.34	<.01	<.01	<.01
χ^2/gl	1.36	1.17	1.50	1.54	0.87	1.26	5.59	5.73	1.06	1.50	7.32	7.43
B-S	<.01	>.01	<.01	.01	.08	.03	<.01	<.01	.04	.02	<.01	<.01
SRMR	.06	.06	.07	.06	.07	.10	.15	.14	.08	.11	.17	.15
GFI	.98	.98	.97	.98	.97	.96	.81	.78	.98	.96	.80	.78
AGFI	.97	.97	.96	.97	.96	.94	.75	.74	.96	.94	.73	.73
NFI	.96	.97	.96	.97	.95	.92	.67	.62	.96	.93	.67	.63
RFI	.95	.96	.95	.96	.93	.91	.63	.62	.94	.92	.63	.63

Nota: Método: mínimos cuadrados simples o libres de escala (SLS). Modelos: Número de factores: 2 ó 1. C = factores correlacionados, Esp = modelo esperado, Obs = modelo observado, esto es, especificado desde los resultados del análisis factorial exploratorio. Modelos jerarquizados anidados en constricciones acumulativas para el contraste multi-grupo entre ambos sexos: SC = sin constricciones, PM = con constricciones en pesos de medida, CE = varianza-covarianzas estructurales y RM = residuos de medida.

Figura 4. Modelo observado de 2 factores correlacionados de frecuencia de perpetración en la muestra conjunta.



Al contrastar la invarianza del modelo observado de dos factores correlacionados entre hombres y mujeres (2FC_Obs.), todos los parámetros fueron significativos por PCS, salvo el peso del factor de otro tipo de violencia sobre el ítem 8 en mujeres. La correlación entre los dos factores fue de .60 en mujeres y .75 en hombres. El modelo sin constricciones presentó valores de buen ajuste en todos los índices. La bondad de ajuste del modelo con constricciones en los pesos se mantuvo con una $p > .01$ por la prueba chi-cuadrado y de Bollen-Stine y los restantes índices mostraron valores de ajuste. En los modelos con constricciones adicionales en las varianzas-covarianzas estructurales y residuos de media los valores de ajuste fueron malos (Tabla 4). En hombres fueron menores los residuos, esto es, el modelo resultó más definido en hombres. Debe señalarse que, en el modelo esperado

de 2 factores correlacionados (2FC_Esp.), dos indicadores del factor de otro tipo de violencia distinta de la psicológica no fueron significativos en la muestra de mujeres (ítems 34 y 35), las correlaciones entre los dos factores fueron de .84 en ambos sexos y los índices fueron peores que los del modelo 2FC_Obs. En el modelo unidimensional tampoco los pesos de medida sobre los ítems 7 y 8 fueron significativos.

No obstante, los factores del modelo 2FC_Obs tuvieron problemas de consistencia interna en la muestra de mujeres. El factor de violencia psicológica/agresión tuvo consistencia interna excelente en hombres ($\alpha = .92$) y cuestionable en mujeres ($\alpha = .66$). El factor de otro tipo de violencia tuvo consistencia interna aceptable en hombres ($\alpha = .70$), pero inaceptable en mujeres ($\alpha = .40$). También el factor esperado de otro tipo de violencia tuvo problemas de consistencia interna en mujeres.

Sólo el modelo unidimensional careció de problemas de consistencia interna, la cual sería aceptable en mujeres ($\alpha = .70$) y buena en hombres ($\alpha = .89$). El modelo unidimensional sin los ítems 34 y 35 (1F-10) tendría todos sus parámetros significativos en ambas muestras y en la conjunta, consistencia interna buena en la muestra conjunta ($\alpha = .86$), excelente en hombres ($\alpha = .91$) y aceptable en mujeres ($\alpha = .72$), una bondad de ajuste estadísticamente equivalente al modelo 2FC_Obs en la muestra conjunta ($\Delta\chi^2[18, N = 240] = 8.3, p = .97$) y unas propiedades de invarianza entre ambos sexos mejores que el modelo 2FC_Obs (véase Tabla 4). En la Figura 5 se muestra el modelo sin constricciones en mujeres y en la Figura 6 el modelo sin constricciones en hombres.

Figura 5. Modelo sin constricciones de 1 factor de frecuencia de perpetración en mujeres.

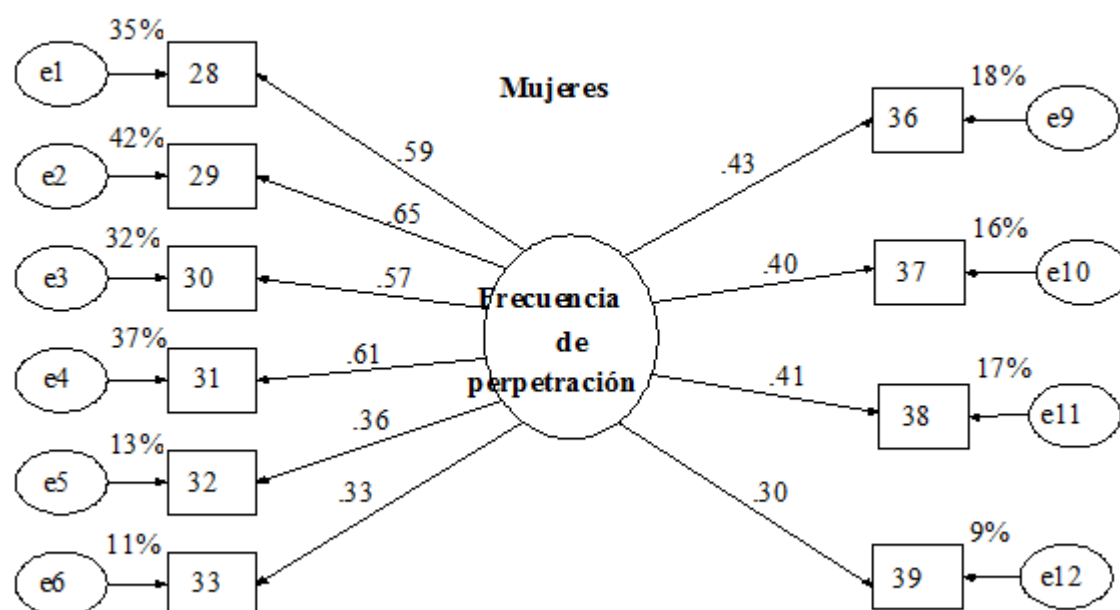
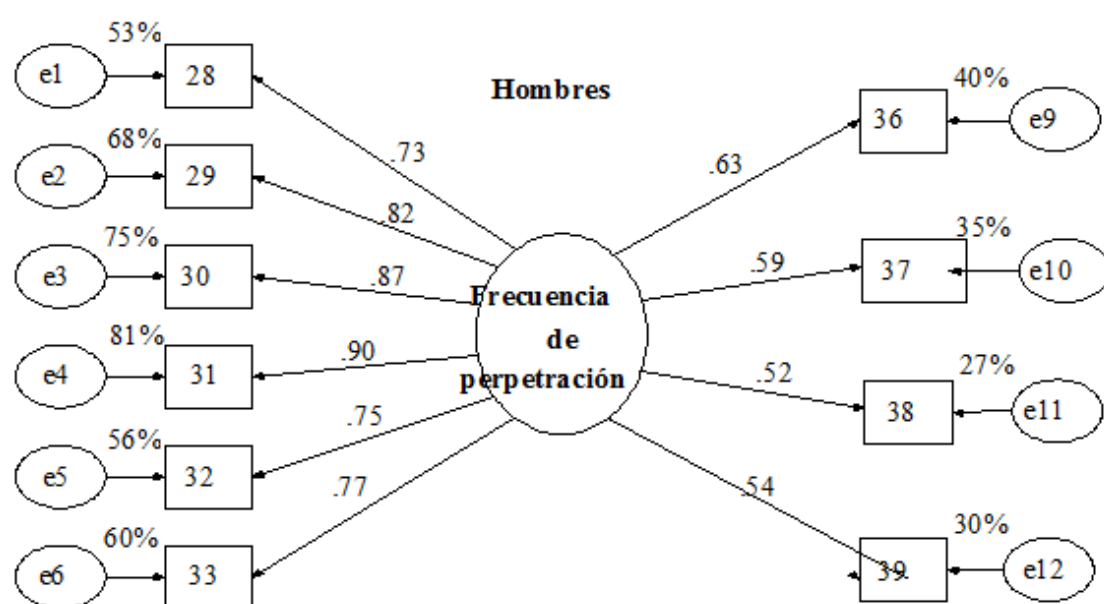


Figura 6. Modelo sin constricciones de 1 factor de frecuencia de perpetración en hombres.



Consistencia interna y estructura factorial de los 12 ítems de daño ocasionado.

La consistencia interna de los 12 ítems fue buena ($\alpha = .89$). La correlación de cada ítem con el resto de la escala varió de .38 (ítem 34) a .73 (ítem 31) con una media de .60 ($DE = .10$). Por el análisis paralelo de Horn, el número de componentes fue uno. Al extraer un único componente se explicó el 46.5% de la varianza total. Todos los ítems presentaron saturaciones mayores o iguales a .45, siendo la más baja la del ítem 34 sobre violencia sexual.

Al extraerse 2 componentes conforme a la expectativa y el criterio de Kaiser se explicó el 57.3% de la varianza total. Tras la rotación oblicua, el primero quedó configurado por 6 ítems sobre daño ocasionado a la pareja por otro tipo de violencia distinta de la psicológica (ítems 33, 34, 35, 37, 38 y 39) y tuvo consistencia interna alta ($\alpha = .79$). El segundo quedó integrado por 6 ítems sobre daño ocasionado a la pareja por violencia psicológica (ítems 28, 29, 30, 31 y 32) y violencia física (ítem 36) y tuvo consistencia interna alta ($\alpha = .87$). La correlación entre ambos componentes fue alta ($r = .55, p < .01$).

Por análisis factorial confirmatorio se contrastaron tres modelos. Dos modelos fueron de dos factores correlacionados. Un modelo bifactorial se especificó desde la expectativa (Moral & López, 2014): violencia psicológica con 5 indicadores (ítems del 28 al 32) y otro tipo de violencia distinta de la psicológica con 7 indicadores (ítems del 33 al 39) (2FC-Esp.). En la presente muestra el primer factor mostró una consistencia interna alta ($\alpha = .88$) y también el segundo ($\alpha = .81$). El otro modelo bifactorial se especificó desde el resultado de análisis exploratorio (2FC-Obs.). El tercer modelo fue de un factor, sustentado por el análisis paralelo de Horn (1F_Obs).

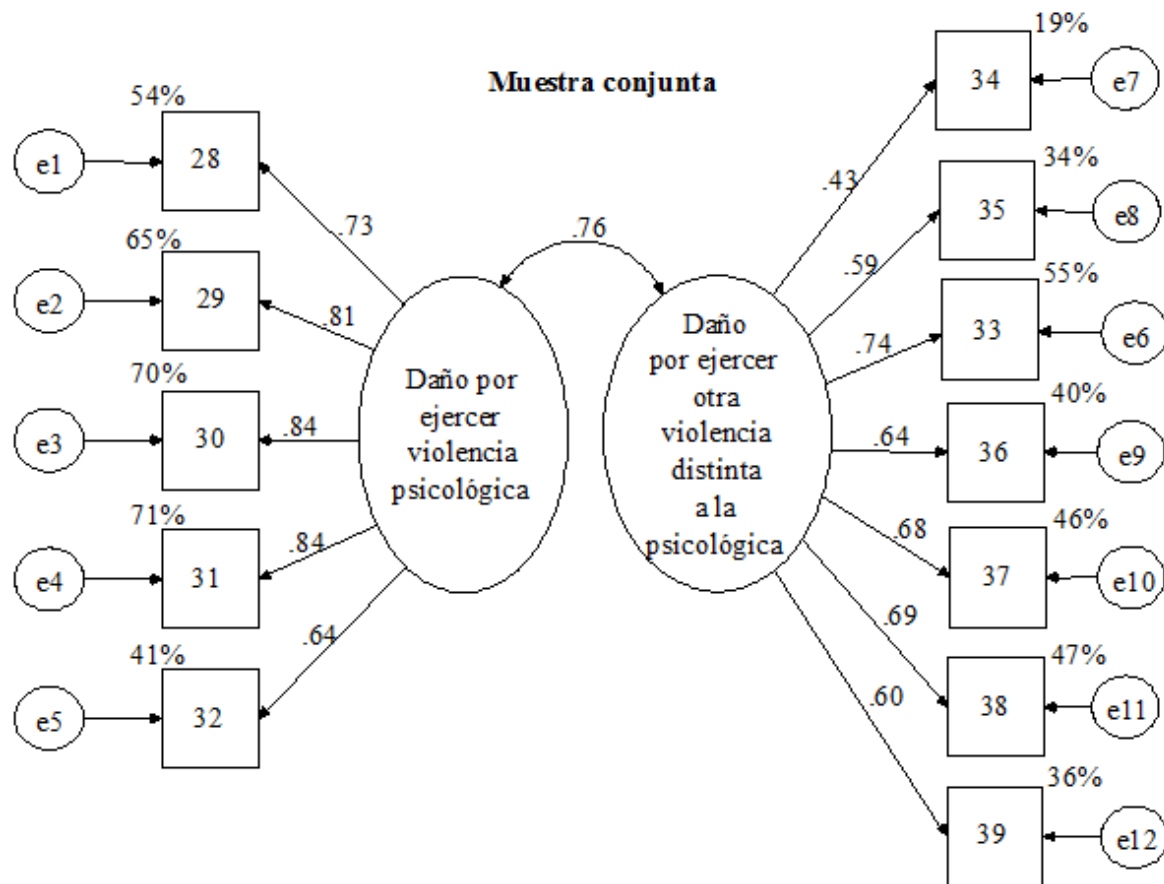
El valor estandarizado de la curtosis multivariada de Mardia de los 12 ítems fue de 24.99, lo que refleja desviación de la normalidad multivariada. Todos parámetros de los tres modelos fueron significativos por el método de percentiles libres de sesgo. El modelo esperado de dos factores (2FC-Esp.) fue el que mostró mejor ajuste; todos sus índices reflejaron buen ajuste, salvo SRMR que evidenció un ajuste adecuado (.06) y la probabilidad de Bollen-Stine fue menor que .01. La correlación entre ambos factores fue alta ($r = .76, p < .01$), pero menor que .80 (véanse Tabla 5 y Figura 7).

Tabla 5*Índices de ajuste de modelos factoriales para los 12 ítems de daño perpetrado*

Índices de ajuste	Uni-grupo			Multigrupo (2FC_Esp.)			
	2FC_Esp.	2FC_Obs.	1F_Obs.	SC	PM	CE	RM
χ^2	64.39	67.24	115.40	97.99	219.28	544.65	625.66
gl	53	53	54	106	116	119	131
<i>p</i>	.14	.09	< .01	.70	< .01	< .01	< .01
χ^2/gl	1.21	1.27	2.14	0.92	1.89	4.58	4.78
<i>p</i> de B-S	< .01	< .01	< .01	< .01	< .01	< .01	< .01
SRMR	.06	.06	.08	.06	.11	.12	.10
GFI	.99	.98	.97	.98	.95	.87	.85
AGFI	.98	.98	.96	.97	.93	.83	.82
NFI	.98	.98	.96	.96	.92	.81	.78
RFI	.97	.97	.95	.96	.91	.78	.77

Nota: Método: mínimos cuadrados simples o libres de escala (SLS). Modelos: Número de factores: 2 ó 1. C = factores correlacionados, Esp = modelo esperado, Obs = modelo observado, esto es, especificado desde los resultados del análisis factorial exploratorio. Modelos jerarquizados anidados en constricciones acumulativas para el contraste multi-grupo entre ambos sexos: SC = sin constricciones, PM = con constricciones en pesos de medida, CE = varianza-covarianzas estructurales y RM = residuos de medida.

Figura 7. Modelo observado de 2 factores correlacionados de daño perpetrado en la muestra conjunta.



Relación entre Frecuencia y Daño en Violencia Sufrida y Ejercida. En la muestra conjunta, la correlación entre daño y frecuencia de violencia sufrida y ejercida fueron altas ($r = .92, p < .01$ y $r = .79, p < .01$, respectivamente), cuando las correlaciones cruzadas fueron moderadas, variando de .44 a .31. Estas altas correlaciones entre frecuencia y daño indican que existe una clara relación en la violencia de pareja entre actos violencia y daño, lo que podría justificar la creación de un índice producto (frecuencia x daño) para valorar de una forma más integral la violencia sufrida y la violencia ejercida. Debe señalarse que son las mujeres quienes determinan en la muestra conjunta que la relación cruzada sea moderada cuando en hombres es alta (véase Tabla 6).

Tabla 6

Correlaciones Entre las Puntuaciones de Violencia Sufrida y Ejercida (Daño y Frecuencia) en las Tres Muestras

Sub- escalas	Conjunta			Mujeres			Hombres		
	FVS	DVS	FVE	FVS	DVS	FVE	FVS	DVS	FVE
DVS	.92***			.94***			.87***		
FVE	.34***	.42***		.24**	.34***		.73***	.70***	
DVE	.31***	.44***	.79***	.22*	.33***	.70***	.72***	.78***	.83***

Nota: $N = 240$, *** $p < .001$. FVS-27 = suma de los 27 ítems de frecuencia de violencia sufrida, DVS-27 = suma de los 27 ítems de daño sufrido por violencia de la pareja, FVE = suma de 12 ítems de frecuencia de violencia ejercida contra la pareja, DVE = suma de los 12 ítems de daño ocasionado a la pareja.

En la muestra conjunta, al extraer los componentes de la matriz de correlaciones entre las 4 escalas de violencia, se obtuvieron dos por el criterio de Kaiser. Estos dos componentes explicaron el 93.1% de la varianza total. Tras la rotación oblicua, el primer componente fue de violencia sufrida (frecuencia y daño); y el segundo componente fue de violencia ejercida (daño y frecuencia). La correlación entre ambos componentes fue significativa, positiva y moderada ($r = .40$, $p < .01$) (véase Tabla 7).

En la muestra de mujeres, también el número de componentes fue 2 por el criterio de Kaiser. Estos dos componentes explicaron el 91.1% de la varianza total. Tras la rotación oblicua, apareció, en primer lugar, el componente de violencia sufrida (frecuencia y daño) y, en segundo lugar, el componente de violencia ejercida (daño y frecuencia). La correlación entre ambos componentes fue significativa, positiva y moderada ($r = .30$, $p < .01$). En la muestra de hombres se definió sólo un componente por el criterio de Kaiser que explicó el 82.8% de la varianza total. Por lo tanto, en los hombres la violencia parece ser un fenómeno unidimensional. En las mujeres se agrupan claramente los aspectos de frecuencia y daño y se separa la violencia recibida de la ejercida, dando lugar a los componentes de violencia sufrida y ejercida, como también ocurre en la muestra conjunta (véase Tabla 7).

Tabla 7

Matrices de Configuraciones para la Muestra Conjunta, de Mujeres y de Hombres y Matriz de Componentes para la Muestra de Hombres

Sub-escalas de violencia	Conjunta		Mujeres		Hombres
	C1	C2	C1	C2	C1
Frecuencia de violencia sufrida	.99	-.06	.99	-.06	.91
Daño sufrido por violencia de la pareja	.95	.08	.96	.07	.92
Daño ocasionado por violencia ejercida	-.01	.95	-.01	.92	.91
Frecuencia de violencia ejercida	.01	.94	.01	.92	.89

Nota: Método de extracción: Componentes principales. Rotación: Oblimín.

Discusión

En este estudio se plantearon como objetivos estudiar las propiedades psicométricas de consistencia interna y estructura factorial del CVSEP modificado para que permitiera evaluar la frecuencia y el daño en violencia sufrida y ejercida.

Con respecto al nuevo ítem introducido en el cuestionario puede afirmarse que el resultó un buen indicador de frecuencia y daño por otro tipo de violencia ejercida distinta de la psicológica y el ítem 34, al que se pretendía sustituir, fue el ítem más débil en las dos escalas de violencia ejercida. Debe señalarse que el ítem 7, que se tomó como modelo para redactar el nuevo ítem, resultó uno de los mejores indicadores de frecuencia y daño sufrido por violencia sexual, como en estudios previos (Cienfuegos & Díaz-Loving, 2010; Moral & López, 2014).

Con respecto a la escala de frecuencia de violencia sufrida (FVS), la consistencia interna entre los 27 ítems fue muy alta, lo que sugiere unidimensionalidad (Streiner, 2003). Los 4 factores esperados no se reprodujeron exactamente en el análisis factorial exploratorio, aunque la configuración de la matriz rotada de componentes sí proporcionó un resultado próximo en su interpretación, siendo los componentes de violencia económica y psicológica/social los que tuvieron más ítems traslapados. En el análisis factorial

confirmatorio, el modelo esperado de 4 factores correlacionados fue el que mostró el mejor ajuste, incluso en comparación con una especificación derivada del análisis exploratorio; no obstante, el modelo es forzado por las correlaciones muy altas entre los 4 factores. En todo caso habría que considerar un modelo de 4 factores jerarquizados a uno general, siendo los factores de violencia física y psicológica/social totalmente explicados por este factor general de frecuencia de violencia y pudiendo cualquiera de estos dos factores representar a toda la escala.

En el modelo tetrafactorial las correlaciones fueron muy altas sobre todo entre violencia física y sexual y entre violencia psicológica/social y económica. Precisamente, por el análisis paralelo de Horn, el número de factores sustantivos no atribuibles a errores de muestreo y método fueron 2, resultando un factor de violencia sexual/física y otro tipo de violencia. Estos dos factores sí tuvieron consistencia interna alta en ambos sexos cuando no fue así en el modelo de 4 factores. Salvo los índices globales de ajuste chi-cuadrado y la probabilidad de Bollen-Stine que reflejaron mal ajuste en todos los modelos, los 6 restantes índices de ajuste fueron prácticamente equivalentes entre los modelos de 4 y 2 factores, 5 de ellos reflejaron buen ajuste y uno mostró un ajuste adecuado. También las diferencias en las propiedades de invarianza los modelos de 4 y 2 factores fueron mínimas.

Coligiendo lo argumentado hasta este punto, el modelo de dos factores de violencia físico-sexual y otro tipo de violencia resulta más sustantivo y apropiado para los 27 ítems de frecuencia de violencia sufrida. Otra opción es reducir la escala FVS al factor de frecuencia de violencia física o psicológica. Cabría preguntarse por qué la violencia sexual y la física se agrupan en un mismo factor frente a las otras formas de violencia. Como ya se ha mencionado las correlaciones entre estos dos factores fueron muy altas en el modelo de 4 factores tanto en la muestra conjunta como en las muestras de ambos sexos; y en hombres alcanzó el valor unitario. Son sobre todo los hombres quienes reportan sufrir con una altísima correspondencia violencia sexual (rechazo sexual) y violencia física (agresiones). Esta combinación, que también está presente en las mujeres, podría reflejar una evolución hacia una peor dinámica o un peor estado dentro de los conflictos maritales. Desde esta interpretación, el dominio del factor de violencia psicológica, económica y social sobre el factor de violencia físico-sexual representaría un estado de menor deterioro de la relación o

el conflicto marital. En contra de esta interpretación la media de violencia físico/sexual fue estadísticamente equivalente a la media de otro tipo de violencia en ambos sexos y la muestra conjunta. Además, si fueran dos etapas secuenciales, la correlación debería ser menor. Las correlaciones tan altas reflejan que son aspectos más bien simultáneos de la violencia, esto es, que conviven en el momento en el que se hace el reporte. Se puede afirmar que el autorreporte de la frecuencia con la que se recibe violencia de parte de la pareja es poco matizado en los aspectos físicos, psicológicos/sociales, económicos y sexuales por los datos de consistencia interna y estructura factorial.

Con respecto a la escala de daño sufrido (DVS), a pesar de que la consistencia interna fue muy alta entre sus 27 ítems, pudiendo indicar unidimensionalidad (Streiner, 2003), se logró un modelo con factores con más varianza única (no compartida) que con los 27 ítems de frecuencia de violencia sufrida. El modelo esperado no se reprodujo exactamente. Se configuró un factor de daño por violencia económica/social, otro factor de daño por violencia sexual/intimidación/chantaje, un tercer factor de daño por violencia física y un cuarto factor de daño por violencia social motivada por los celos. El modelo de 4 factores correlacionados derivado del análisis factorial exploratorio mostró los mejores índices de ajuste a los datos y las mejores propiedades de invarianza entre ambos sexos; además las correlaciones entre sus factores fueron menores que .80, cuando en los otros modelos sí alcanzaron valores mayores que .80, incluido el modelo de 3 factores, sugerido por el análisis paralelo de Horn. Estos 4 factores tuvieron consistencia interna alta en hombres y mujeres, de ahí que se considera que es el modelo factorial que mejor representa los presentes datos. No obstante, debe remarcarse que la altísima consistencia interna y las correlaciones altas entre los factores destacan el significado de la puntuación total y lo desdibujado de las distintas facetas de la violencia o daño sufrido.

Con respecto a la escala de frecuencia de violencia ejercida (FVE), el ítem 34 de violencia sexual mostró consistencia interna baja, como ya se observó en el estudio de Moral y López (2014). Inicialmente se retuvo y en el análisis factorial exploratorio no tuvo problemas de definición factorial; quedó en el factor esperado de otro tipo de violencia distinta de la psicológico/verbal con una carga mayor que .50. El ítem 33 de agresión verbal (*“cuando no atiende a los hijos como yo creo lo agredo verbalmente”*) y el ítem 36 de

violencia física (“*he llegado a lastimar físicamente a mi pareja*”) no tuvieron problemas de consistencia interna, pero sí de definición factorial; quedaron en el factor no esperado de violencia psicológica, por lo que se pasó a denominar violencia psicológica/agresión. Aunque el modelo observado (especificado desde el análisis factorial exploratorio) tuvo buen ajuste a los datos y mejores propiedades de invarianza entre los sexos que el modelo esperado y el de un factor con 12 indicadores, el factor de otro tipo de violencia ejercida tuvo consistencia interna inaceptable y un indicador no significativo en la muestra de mujeres. El modelo de un factor con 10 indicadores (sin los ítems 34 y 35) sería la mejor opción con base en el análisis paralelo de Horn (un factor sustantivo), un ajuste en la muestra conjunta bueno y equivalente al modelo observado de dos factores correlacionados, mejores propiedades de invarianza entre ambos sexos que el modelo observado de dos factores correlacionados, consistencia interna de aceptable a excelente y todos sus parámetros significativos en la muestra conjunta, de mujeres y hombres. Nuevamente, las matizaciones sobre tipos de violencia ejercida contra la pareja están poco diferenciadas.

Con respecto a la escala de daño por violencia ejercida (DVE), el ítem 34 de violencia sexual fue el que mostró menor consistencia interna y menor peso en su factor, pero estos valores finalmente son aceptables y no se recomienda su eliminación. De forma reiterada este ítem resulta el más débil. Podría ser que ignorar las necesidades sexuales de la pareja no sea motivado exclusivamente por rechazo o agresión pasiva, sino por falta de habilidad o deseo sexual, de ahí que sea un indicador débil de violencia ejercida.

El análisis factorial exploratorio casi reproduce el modelo esperado con los 12 ítems de DVS, salvo por el ítem 36. El ítem 36 (“*he llegado a lastimar físicamente a mi pareja*”) en el análisis exploratorio saturó con cargas muy semejantes en ambos factores y el análisis de la consistencia interna mostró que contribuye a ambos factores. Este problema apareció con el ítem 36 en la escala de frecuencia de violencia ejercida, aunque con más diferencia de cargas entre ambos factores. Pudiera ser que el ítem 36 se interpreta en términos de posible daño a la salud, esto es, daño físico entendido en un sentido amplio e independiente del tipo de violencia (celos, verbal, psicológica, física), de ahí su ambigüedad dentro de la estructura factorial.

El modelo esperado de dos factores correlacionados es la mejor opción para los 12 ítems de la escala DVS. Tiene buen ajuste a los datos en la muestra conjunta, mejores propiedades de invarianza entre ambos sexos que los otros modelos, las correlaciones entre los factores son menores que .80 en la conjunta y de ambos sexos, los factores tienen consistencia interna de aceptable a excelente y todos sus indicadores significativos en la muestra conjunta, de hombres y de mujeres. Como en el modelo de los 12 ítems de FVE, el análisis paralelo de Horn indicó un modelo unidimensional y las correlaciones altas entre los dos factores fueron muy altas. Aunque el modelo de un factor es el que tuvo peor ajuste, debe concedérsele importancia por estos dos argumentos, unido a la consistencia alta del conjunto de 12 ítems en las tres muestras, sobre todo en la de hombres. Nuevamente las matizaciones sobre tipos de violencia ejercida contra la pareja están poco diferenciadas como en el reporte del daño infringido a la pareja.

Al carecerse de datos normativos se pueden interpretar las puntuaciones en las 4 escalas con los 5 valores discretos de respuesta a los ítems. Al dividirse cada escala por el número de ítems sumados se logra un rango continuo y homogéneo de 1 a 5. Para establecer la correspondencia con los 5 los valores discretos de respuesta al ítem, se puede dividir el rango continuo en 5 intervalos de amplitud constante. Esta amplitud es de 0.80 y se obtiene al dividir la diferencia entre el valor máximo y el valor mínimo por el número de intervalos ($[5 - 1]/5$). De este modo, los valores de 1 a 1.80 corresponden al valor discreto 1 (“*nunca*” o “*nada*”) y se pueden interpretar como situaciones de no violencia, los valores de 1.81 a 2.60 correspondieron al valor discreto 2 (“*algunas veces*” o “*muy poco*”) y se pueden interpretar como situaciones de poca violencia, los valores de 2.61 a 3.40 correspondieron al valor discreto 3 (“*bastante*” o “*poco*”) y se pueden interpretar como situaciones de bastante violencia, los valores de 3.41 a 4.20 correspondieron al valor discreto 4 (“*con mucha frecuencia*” o “*bastante*”) y se pueden interpretar como situaciones de mucha violencia, y los valores de 4.21 a 5 corresponden al valor discreto 5 (“*siempre*” o “*mucho*”) y se pueden interpretar como situaciones de extrema violencia.

Se proponen calcular dos índices de violencia, uno de violencia sufrida o de victimización y otro de violencia ejercida o de perpetración, multiplicando las puntuaciones totales de frecuencia (F) por las de daño (D). Estas puntuaciones totales, de forma previa,

pueden ser divididas por el número de ítems sumados para que tengan un rango continuo y homogéneo de 1 a 5 ($f = F/27$ y $d = D/27$ para victimización y $f = F/10$ y $d = D/12$ para perpetración). Para que el valor del índice tenga un rango de 0 a 100, al producto de la frecuencia por el daño ($f*d$) se le resta su valor mínimo (1), a continuación se divide por la diferencia entre el valor máximo y mínimo del producto ($25 - 1 = 24$) y finalmente se multiplica por 100, esto es, $\text{índice} = [(f*d) - 1/24] * 100$. De este modo se logra un rango de 0 a 100.

Las altas correlaciones entre frecuencia y daño dentro de la violencia sufrida o de la violencia ejercida, siendo menores o incluso bajas las correlaciones cruzadas, indican que existe una clara relación en la violencia de pareja entre la frecuencia de actos violentos y el daño, lo que justifica la creación de un índice producto (frecuencia x daño) para valorar de una forma más integral la violencia sufrida y la violencia ejercida. Debe señalarse que son las mujeres quienes determinan en la muestra conjunta que la relación cruzada sea moderada cuando en hombres es alta. La justificación de los 2 índices también viene dada por los dos componentes con correlación moderada que explican la interrelación entre las 4 escalas.

Los valores en los índices menores o iguales a 9.3 podrían ser interpretados como situaciones de ausencia de violencia (combinaciones de $f*d \leq 1.80 \times 1.80$), entre 9.34 y 24 como niveles bajos o leves de violencia (combinaciones de $f*d \leq 2.60 \times 2.60$, máximo a veces con muy poco daño), entre 24.01 y 44 como niveles significativos (combinaciones de $f*d \leq 3.40 \times 3.40$, máximo con frecuencia con poco daño), entre 44.01 y 69.33 como niveles alarmantes (combinaciones de $f*d \leq 4.20 \times 4.20$, máximo con mucha frecuencia con bastante daño) y ≥ 69.34 como niveles extremos (combinaciones $> 4.20 \times 4.20$).

Como limitaciones del estudio debe señalarse el carácter no probabilístico de la muestra. Así toda generalización debe manejarse como una hipótesis aplicable a una población semejante de mujeres y hombres mexicanos de población general. Debe señalarse que el tamaño de la muestra estuvo dentro del rango considerado como adecuado para la aplicación de modelamiento de ecuaciones estructurales, que es de 200 a 500 (Byrne, 2010).

Conclusiones

Con la modificación del cuestionario se logra cubrir los requerimientos de evaluar frecuencia e intensidad de victimización y perpetración en ambos sexos, lográndose un instrumento con consistencia interna alta y validez estructural. La diferenciación de factores de victimización o violencia sufrida es posible, pero algo forzada. En la frecuencia de violencia sufrida se podría distinguir una violencia física/sexual y otra psicológica/económica/social. En daño sufrido se podría distinguir entre violencia física, económico/social, sexual y psicosocial motivada por celos. Estos dos modelos no son estrictamente invariantes entre ambos sexos, estando más definidos en mujeres. En frecuencia de violencia ejercida el modelo sería unidimensional con 10 indicadores y en daño ocasionado se podría distinguir un daño infringido por violencia psicológica y un daño infringido por otro tipo de violencia, aunque la correlación entre ambos factores de daño infringido sería muy alta. Estos dos modelos no son estrictamente invariantes entre ambos sexos, estando más definidos en hombres.

Se remarca la importancia de contemplar los índices de violencia sufrida y ejercida para una medición más precisa del fenómeno. El análisis entre daño y frecuencia de la violencia sufrida y ejercida dejó en evidencia que existe una fuerte relación entre la frecuencia de actos violentos y el daño. Además los presentes datos muestran que la distinción entre los tipos de violencia es forzada, lo que podría estar expresando que cuándo se está inmerso en un vínculo de pareja con violencia es difícil establecer estos matices, siendo las mujeres más capaces de diferenciar matices en violencia sufrida y los hombres en violencia ejercida. Estas matizaciones diferenciales están conforme con la expectativa de género que posiciona a la mujer como víctima y al hombre como victimario, lo que aparece en el estudio de la representación social de la violencia en la pareja (Ariza, 2013) y en el sesgo de las investigaciones (Straus, 2007).

Referencias

- Afifi, T. O., MacMillan, H., Cox, B. J., Asmundson, G. J. G., Stein, M. B., & Sareen, J. (2009). Mental health correlates of intimate partner violence in marital relationships in a nationally representative sample of males and females. *Journal of Interpersonal Violence*, 24, 1398-1417. doi: 10.1177/0886260508322192
- American Psychological Association (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, 57(12), 1060-1073. doi: 10.1037/0003-066X.57.12.1060
- Archer, J. (2002). Sex differences in physically aggressive acts between heterosexual partners: A meta-analytic review. *Aggression and Violent Behavior*, 7(4), 313-351.
- Ariza, G. R. (2013). Las representaciones sociales de la violencia en las relaciones de pareja en Medellín en el siglo XXI. *Revista CES Psicología*, 6(1), 134-158.
- Byrne, B.M. (2010). *Structural equations with AMOS: Basic concepts, applications, and programming* (2nd ed.). New York, NY: Taylor and Francis Group.
- Cienfuegos, M. Y., & Díaz-Loving, R. (2010). Violencia en la relación de pareja. En R. Díaz-Loving & S. Rivera Aragón (Eds.), *Antología psicosocial de la pareja: clásicos y contemporáneos* (pp. 647-687). Ciudad de México: Miguel Ángel Porrúa.
- Cronbach, L. J., & Shavelson, R. J. (2004). My current thoughts on coefficient alpha and successor procedures. *Educational and Psychological Measurement*, 64(3), 391-418.
- Dillon, G., Hussain, R., Loxton, D., & Rahman, S. (2013). Mental and physical health and intimate partner violence against women: a review of the literature. *International Journal of Family Medicine*, 2013, article ID 313909. doi:10.1155/2013/313909
- Echeburúa, E., Amor, P., Loinaz, I., & Corral, P. (2010). Escala de predicción del riesgo de violencia grave contra la pareja revisada (EPV-R). *Psicothema*, 22, 1054-1060.

- Ellis, P. D. (2010). *The essential guide to effect sizes: An introduction to statistical power, meta-analysis and the interpretation of research results*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Fiebert, M. S. (2013). References examining assaults by women on their spouses or partners: an annotated bibliography. *Sexuality and Culture*, 17(2), 1-67.
- Hattery, A. (2009). *Intimate partner violence*. UnitedState: Rowman & Littlefieldpublishers.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI] (2006). *Encuesta Nacional sobre la dinámica de las relaciones en los hogares* (ENDIREH). Aguascalientes: INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2007). *Panorama de violencia contra las mujeres*. Aguascalientes: INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática & Instituto Nacional de las Mujeres (2012). *Encuesta nacional sobre la dinámica de las relaciones en los Hogares 2011*. Ciudad de México: INEGI-INMUJERES.
- Kropp, R., Hart, S. D., Webster, C. D. & Eaves, D. (1995). *Manual for the Spousal Assault Risk Assessment Guide* (2nd ed.). Vancouver, BC: Institute on Family Violence.
- Linares, A., Champion, J. D., & Salazar, B. C. (2013). Características psicométricas del Cuestionario de Abuso en contra de la Mujer, versión en español: su uso en investigación y práctica clínica. *Terapia Psicológica*, 31, 335-34. doi: 10.4067/S0718-48082013000300008.
- Moral, J. (2006). Análisis factorial confirmatorio. En R. Landero & M. T. González (Eds.), *Estadística con SPSS y metodología de la investigación* (pp. 445-528). Ciudad de México: Trillas.
- Moral, J., & López, F. (2014). Medida y relación entre violencia recibida y ejercida contra la pareja. *Revista Internacional de Psicología*, 13(2): 1-50. Recuperado de

<http://www.revistapsicologia.org/index.php/revista/article/view/96/71>

Nicholls, T. L. Pritchard, M. M., Reeves, K. A., & Hilterman, E. (2013). Risk assessment in intimate partner violence: A systematic review of contemporary approaches.

Partner Abuse, 4(1), 76-168. doi:10.1891/1946-6560.4.1.76

Observatorio de Salud de la Mujer (2005). *Catálogo de instrumentos para cribado y frecuencia del maltrato físico, psicológico y sexual*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.

Organización Panamericana de la Salud (2013). *Violencia contra la mujer en América Latina y el Caribe: Análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países*. Washington, DC: OPS.

Rathus, J. H., & Feindler, E. L. (2004). *Assessment of partner violence: A handbook for researchers and practitioners*. Washington, DC: American Psychological Association.

Secretaría de Gobernación y Coordinación General de la Comisión Nacional de la Mujer (1999). *Programa Nacional contra la violencia intrafamiliar (PRONAVI), 1999-2000*. Ciudad de México: Secretaría de Gobernación.

Shepard, M. F., & Campbell, J. A. (1992). The abusive behavior inventory: a measure of psychological and physical abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 7, 291-305. doi:10.1177/088626092007003001

Sociedad Mexicana de Psicología (2007). *Código ético del psicólogo* (4a ed). Ciudad de México: Trillas.

Straus, M. A. (2007). Processes explaining the concealment and distortion of evidence on gender symmetry in partner violence. *European Journal of Criminal Policy and Research*, 13, 227-232. doi:10.1007/s J061 0-007-9060-5

Streiner, D. L. (2003). Starting at the beginning: an introduction to coefficient alpha and internal consistency. *Journal of Personality Assessment*, 80(1), 99-103.

- Swahnberg, K., & Wijma, K. (2007). Validation of the Abuse Screening Inventory (ASI). *Scandinavian Journal of Public Health*, 35(3), 330-334. doi: 10.1080/14034940601040759.
- Thompson, M., Basile, K., Hertz, M., & Sitterle, D. (2006). *Measuring intimate partner violence victimization and perpetration: A compendium of assessment tools*. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control.
- Trujano, P., Martínez, K., & Camacho, S. (2010). Varones víctimas de violencia doméstica: un estudio exploratorio acerca de su percepción y aceptación. *Diversitas. Perspectivas en Psicología*, 6, 339-354
- Trujano, P., Nava, C., Tejeda, E., & Gutiérrez, S. (2006). Estudio confirmatorio acerca de la frecuencia y percepción de la violencia doméstica: el VIDOFP como instrumento de evaluación y algunas reflexiones psicosociales. *Intervención Psicosocial*, 15(1), 95-110.
- Valdez, M., Híjar, M., Salgado, V., Rivera, L., Ávila, L., & Rojas, R. (2006). Escala de violencia e índice de severidad: una propuesta metodológica para medir la violencia de pareja en mujeres mexicanas. *Salud Pública de México*, 48(2), 221-231.

Anexo. Escala CVSEP

Instrucciones: Indique en una escala del 1 al 5 con qué frecuencia ocurren las siguientes situaciones en su relación de pareja. Además señale también en una escala del 1 al 5 qué tanto se siente dañado o agredido por estas situaciones.

Frecuencia					Daño				
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Nunca	Algunas veces	Bastante	Con mucha frecuencia	Siempre	Nada	Muy poco	Poco	Bastante	Mucho

Situaciones	Frec.	Daño
1. Mi pareja me ha dicho que mi arreglo personal es desagradable.		
2. Mi pareja me ha empujado con fuerza.		
3. Mi pareja se enoja conmigo si no hago lo que él quiere.		
4. Mi pareja me critica como amante.		
5. Mi pareja me rechaza cuando quiero tener relaciones sexuales con él		
6. Mi pareja vigila todo lo que yo hago.		
7. Mi pareja ha dicho que soy feo/a o poco atractivo/a		
8. Mi pareja no toma en cuenta mis necesidades sexuales.		
9. Mi pareja me prohíbe que me junte o reúna con amistades.		
10. Mi pareja utiliza el dinero para controlarme.		
11. Mi pareja ha golpeado o pateado la pared, la puerta o algún mueble para asustarme		
12. Mi pareja me ha amenazado con dejarme.		
13. He tenido miedo de mi pareja.		
14. Mi pareja me ha forzado a tener relaciones sexuales cuando estoy enfermo/a o está en riesgo mi salud o me siento mal.		
15. Mi pareja me molesta con mis éxitos y mis logros.		
16. Mi pareja me ha golpeado.		
17. Mi pareja me prohíbe trabajar o seguir estudiando.		
18. Mi pareja me agrede verbalmente si no atiendo a mis hijos como él piensa que debería ser.		
19. Mi pareja se enoja si no atiendo a mis hijos como él piensa que debería ser.		
20. Mi pareja se enoja cuando le digo que no me alcanza el dinero que me da o gano.		
21. Mi pareja se enoja si no está la comida o el trabajo hecho cuando él cree que debería estar.		

22. Mi pareja se pone celoso y sospecha de mis amistades.		
23. Mi pareja administra el dinero sin tomarme en cuenta.		
24. Mi pareja me chantajea con su dinero.		
25. Mi pareja ha llegado a insultarme.		
26. Mi pareja me limita económicamente para mantenerme en casa o se enoja cuando no apporto o doy el gasto que él/ella cree que debería ser.		
27. Mi pareja se ha burlado de alguna parte de mi cuerpo.		
28. Le he dicho es culpable de nuestros problemas.		
29. He llegado a gritarle a mi pareja.		
30. Me he enojado cuando me contradice o no está de acuerdo conmigo.		
31. He llegado a insultar a mi pareja.		
32. He amenazado a mi pareja con abandonarlo.		
33. Cuando no atiende a los hijos como yo creo agredo verbalmente a mi pareja.		
34. No tomo en cuenta las necesidades sexuales de mi pareja.		
35. Le he prohibido a mi pareja que se junte o reúna con sus amistades.		
36. He llegado a lastimar físicamente a mi pareja.		
37. Me molesta que mi pareja gaste su propio dinero.		
38. He exigido a mi pareja me dé explicaciones detalladas de la forma en que gasta el dinero.		
39. He dicho a mi pareja que es feo/a o poco atractivo/a		

Sección III.- Diseños de Intervención Bio-Psico-Socio-Educativas

Capítulo IX.- Modelo de Comunicación Sexual en Padres de Adolescentes de Comunidades Marginadas del Área Metropolitana de Monterrey Nuevo León

Armando Miranda de la Cruz

Raquel Benavides Torres

Aracely Márquez Vega

Esther Carlota Gallegos Cabriaes

Dora Julia Onofre Rodríguez

Universidad Autónoma de Nuevo León

Capítulo X.- Diseño de la Intervención por Internet “Conéctate: Un Programa Sobre Sexualidad Responsable en Jóvenes”

Lubia Castillo-Arcos

Universidad Autónoma del Carmen

María Antonieta Olvera-Blanco

Fuensanta López-Rosales

Raquel Benavides-Torres

Universidad Autónoma de Nuevo León

Capítulo XI.- Comunicación Sexual De Padres A Hijos: Teoría De La Acción Razonada y Conducta Planeada

Aracely Márquez Vega

Raquel A. Benavides Torres

Esther C. Gallegos Cabriaes

Blanca Idalia Montoya Flores

Georgina Mayela Núñez Rocha

Universidad Autónoma de Nuevo León

Capítulo XII.- El aprendizaje interpersonal como instrumento para la intervención en psicología clínica.

Cosme Francisco Maldonado Rivera.

Universidad Autónoma de Durango

Capítulo XIII.- Planeación Innovadora para la Intervención Psicosocial en Salud

Fuensanta López Rosales

Universidad Autónoma de Nuevo León

CAPÍTULO IX.- MODELO DE COMUNICACIÓN SEXUAL EN PADRES DE ADOLESCENTES DE COMUNIDADES MARGINADAS DEL ÁREA METROPOLITANA DE MONTERREY NUEVO LEÓN

Armando Miranda de la Cruz

Raquel Benavides Torres

Aracely Márquez Vega

Esther Carlota Gallegos Cabriaes

Dora Julia Onofre Rodríguez

Universidad Autónoma de Nuevo León

Resumen

El objetivo fue establecer la relación que existe entre las creencias conductuales, normativas y de control con la intención y la comunicación sexual de padres de adolescentes con edades entre 14 y 17 años de Monterrey Nuevo León, utilizando los conceptos de la Teoría de Acción Razonada y Conducta Planeada. Se utilizó un diseño correlacional de comprobación de modelo, $n=112$ sujetos estimado para una prueba de correlación $r = .30$, un nivel de confianza de 95% y una potencia del 95%. En un análisis de regresión multivariado, donde las variables independientes fueron los tres tipos de creencias y las intenciones y la variable resultado la comunicación sexual; se encontró que éstas explican en un 35% el modelo de comunicación sexual ($F[4,107] = 14.52$, $p < .001$). Se afirma que las creencias anteceden a la intención y que esta a su vez es el predictor más próximo a la comunicación sobre temas de sexo.

Introducción

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) es agente causal del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), una enfermedad considerada como una de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) potencialmente letal, la cual representa actualmente uno de los problemas emergentes del Siglo XXI; que en los últimos años se ha convertido en un grave problema de salud pública (Gayet, Magis, Sacknoff & Guli, 2006). La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que el SIDA es la más compleja,

mutante y más devastadora enfermedad infecciosa; se considera una enfermedad crónica, ya que este virus deprime el sistema inmune disminuyendo las defensas del organismo y haciéndolo susceptible a otras enfermedades (Magis, Bravo, Gayet, Rivera, & De Luca, 2008; Teva, Bermúdez, Hernández-Quero & Buela-Casal, 2005).

El programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) ha estimado que hasta el 2007 se encontraban 33 millones de personas viviendo con VIH en el planeta, la mitad eran mujeres y 2.5 millones menores de 15 años, se estimó que las defunciones por VIH alcanzaron a 2 millones de personas por año y que cada día más de 6,800 personas contraen infección por VIH y más de 5,700 fallecen a causa de SIDA (Magis, Bravo, Gayet, Rivera & De Luca, 2008). México desde el 2008 ocupa el segundo lugar con 124,505 casos de VIH de los cuales 21,826 (17.5%) pertenecen al sexo femenino y 102,679 (82.5%) son hombres (Centro Nacional para la Prevención y Control de VIH/SIDA <CENSIDA> 2009; ONU 2008, SS 2009). Nuevo León se encuentra en el décimo lugar a nivel nacional con 4,042 casos de personas infectadas con VIH/SIDA, de los cuales 85.8% pertenecen al sexo masculino; en cuanto a las entidades Monterrey tiene el 39.3% del total de casos estatales, con esto identificamos la importancia de la prevención de este padecimiento (COEDISA, 2008).

Cabe destacar que del total Nacional reportado hasta principios del 2009 el 45% son personas con edades de 15-24 años, ubicándose en el grupo de adolescentes y jóvenes; por lo cual se observa la necesidad de implementar estrategias en un modelo de prevención social para reducir el contagio de VIH/SIDA en nuestro país. Dentro de las principales causas del incremento del contagio de ITS y VIH/SIDA se asocia al ejercicio de conductas sexuales de riesgo como resultado de la mala interpretación de la información, el inicio de vida sexual activa cada vez más prematuro y el aumento del número de parejas sexuales entre (CENSIDA, 2009; ONU, 2008, SS, 2009; Magis, Bravo, Gayet, Rivera, & De Luca, 2008).

Durante muchos años se ha creído que la base de la reducción de conductas sexuales de riesgo en los adolescentes es la integración familiar por medio de la comunicación, conceptualizándose esta como un factor protector. Sin embargo, por la cultura mexicana esto no es factor favorable; al contrario se convierte en la mayoría de los casos en el

principal factor predisponente de un ambiente familiar hostil, reduciendo el canal de la comunicación y haciendo a los jóvenes susceptibles a generar conductas de riesgo, aunado al ambiente y la situación económica de las familias (Cuesta, Ugarde & Menéndez, 2008).

El índice de edad en el inicio de vida sexual activa se centra entre los 12 y 14 años en México; esto aunado a la falta de comunicación en las familias tiene como resultado la ejecución de conductas de riesgo que llevan a la pérdida de salud y decremento de los años de vida saludables (CENSIDA, 2009).

Es claro que en la actualidad en nuestro país somos más jóvenes y adolescentes; por lo tanto esta situación es preocupante, en estudios previos se ha corroborado que una educación temprana en el adolescente por parte de los pilares sociales (padres) reduce considerablemente el riesgo que contraer una Infección de Transmisión Sexual (ITS) durante sus primeras relaciones sexuales actuando como principal factor de prevención la comunicación (Cuesta, Ugarde & Menéndez, 2008; Jiménez, Mosquera & Obregón, 2006;).

El presente trabajo está sustentado con la teoría de la acción razonada y conducta planeada de Fishbein y Ajzen (1980) la cual ofrece un modelo teórico que representa una importante aportación para el estudio del comportamiento humano; cuyo mérito consiste en elaborar un índice de probabilidad de la intención hacia la conducta que relaciona la actitud con las creencias del individuo (Reyes, 2007). Para comprender este modelo que involucra creencias (conductuales, normativas y de control) que anteceden a la intención que obtiene como resultado una conducta (comunicación sexual) (ver Figura 1).

Propósito del Estudio

Probar el modelo de comunicación sexual de los padres de adolescentes con edades entre 14 y 17 años del área metropolitana de Monterrey Nuevo León, utilizando los conceptos de la Teoría de la Acción Razonada y Conducta Planeada.

Hipótesis

Las creencias conductuales, normativas y de control se relacionan con la comunicación sexual de los padres en temas relacionados con el sexo; es decir a mayores

creencias positivas mayor será la comunicación (cantidad de información) que los padres de adolescentes tienen con sus hijos.

Las creencias conductuales, normativas y de control se relacionan con las intenciones para anteceder a una conducta de comunicación sexual de los padres; es decir a mayores creencias positivas sobre comunicación acerca de sexo mayor es la intención del padre para comunicarse con sus hijos sobre temas de sexualidad.

Marco Teórico

Este estudio está sustentado como antes he mencionado con la Teoría de la Conducta Planeada (Ajzen, 1985) la cual se obtiene como prolongación de la teoría de la Acción Razonada (Fishbein & Ajzen, 1985). El principal supuesto parte de la ideología del raciocinio del ser humano teniendo como estudio principal la conducta del ser humano; esta teoría menciona que el individuo usa este raciocinio sumado con la información para ejecutar acciones o conductas (Reyes, 2007).

Esta teoría parte de 3 conceptos principales que intervienen en la ejecución de una conducta: las creencias conductuales, normas subjetivas y creencias de control; señalando que para que estas influyan en una conducta tiene que preceder una intención de realizarla; es decir como medio para la ejecución de tal conducta; centrando su origen en el proceso de toma de decisión a nivel conductual (Fishbein, 1990).

En la teoría de la acción razonada las creencias son señaladas como la base de la formación de la actitud en el individuo, Ajzen y Fishbein (1975) conceptualizan las creencias como “probabilidad subjetiva de una relación entre el objeto de la creencia y algún otro objeto, valor o atributo; las creencias son formadas de la unión entre dos aspectos del mundo del individuo, por lo tanto el individuo entiende el mundo y su propio yo” (Fishbein & Ajzen 1980)

Como ya se ha mencionado, esta teoría fundamenta que las creencias anteceden a la intención para la ejecución de las conductas; tales creencias pueden ser: creencias conductuales (actitudes) mostradas como conducta producirán un resultado determinado; creencias normativas (normas subjetivas) referidas a la presión social que lleva al individuo

a realizar o no una conducta; creencias de control (control percibido de la conducta); que incluyen la presencia o ausencia de factores que favorecen o impiden el desempeño de una conducta específica (Fishbein & Ajzen, 1980; Reyes, 2007)

Fishbein y Ajzen postulan como objeto final en la teoría predecir y comprender una conducta individual y hacer referencia de cómo es posible predecir estas conductas desde las creencias. La conducta se refiere a la manifestación objetiva de una situación determinada con respecto a un objetivo específico (Reyes, 2007).

Partiendo de las bases de esta teoría este trabajo busca identificar el modelo de comunicación sexual de los padres de adolescentes; es decir cómo afectan las creencias ya sean conductuales, normativas y de control la conducta de los padres para comunicarse referente al sexo con sus hijos adolescentes. Por lo tanto además se pretende evidenciar si los padres creen que la comunicación sexual producirá un efecto de conducta saludable en su hijo; además identificar si creen que los demás aprueban esta comunicación, o si se sienten como padres con la capacidad para hacerlo.

Para fines del estudio las creencias se representan como creencias de comunicación acerca del sexo y la conducta como comunicación sexual, a continuación se presenta la estructura del modelo teórico de comunicación basado en la teoría de la acción razonada y conducta planeada de Fishbein y Ajzen (Ver Figura 1).

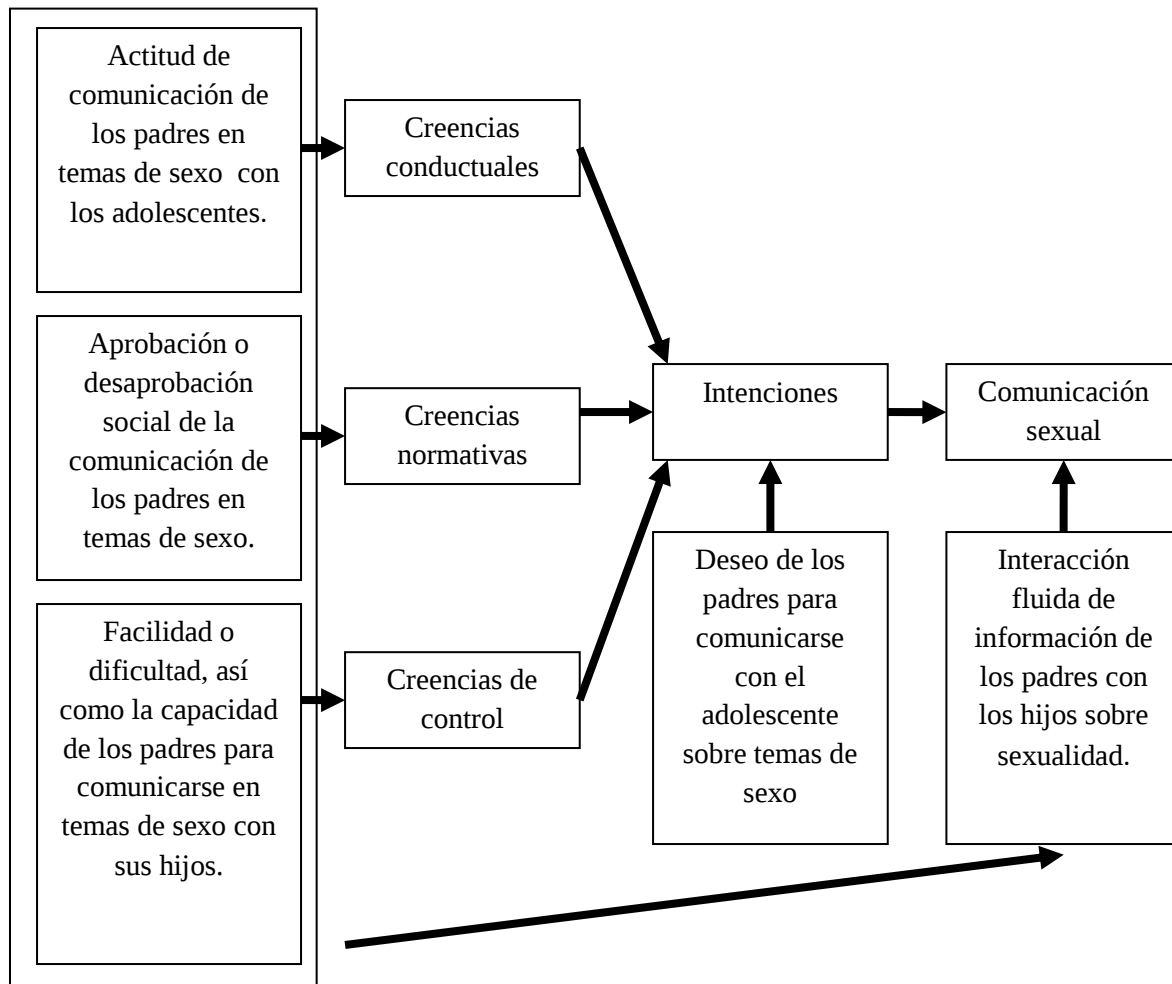


Figura 1.- Modelo de comunicación de padres de adolescentes en base a la teoría de la acción razonada y conducta planeada (Fishbein y Ajzen, 1980).

Artículos Relacionados

Regnerus (2005) realizó un estudio en el estado de Texas sobre las influencias religiosas en la comunicación del padre acerca de sexo y moralidad con sus hijos adolescentes con diseño descriptivo correlacional; el cual tuvo una población 3000 estudiantes de preparatoria y secundaria de escuelas del sector público y privado Se entrevistaron a 159 padres obteniendo como resultados que en una frecuencia de 1 a 4 hablan de moralidad y sexualidad con una media de 2.934 ($DE = 1.0$), mientras que la frecuencia de sexo presento una media de 2.948 ($DE = 0.93$), y la facilidad con la que hablan de sexo reporto un mediana 3.219 ($DE = 0.84$). En cuanto a las prácticas religiosas

determinaron que los padres hablan más acerca de sexo con sus hijos ($p < 0.05$) indistinto del sexo.

Márquez & Duran (2007) estudiaron la auto eficacia en comunicación sobre temas de sexo de padres a hijos adolescentes, el objetivo fue conocer el nivel de auto eficacia en comunicación de temas sobre sexo con hijos adolescentes y determinar el efecto de la escolaridad, género y edad de los padres en auto eficacia para comunicarse en temas sobre sexo. Con un estudio descriptivo correlacional describieron que en una $n = 132$ padres; según los resultados se observó un nivel de auto eficacia de padres de 80.6 ($DE = 14.76$), la varianza explicada (R_2) respecto la edad, género y escolaridad fue de 80%. Se presentó diferencia significativa de los padres entre el poder o no hablar de sexo con sus hijos ($p < .05$).

Lehr, Demi, Dilorio & Facteau (2005) utilizaron la teoría cognitivo social de Bandura para valorar los predictores de comunicación de padres a hijos en temas sexuales. Con un diseño descriptivo transversal y una muestra de 155 padres de adolescentes estadounidenses obtuvieron una media de edad del padre de 45.7 ($DE = 5.0$), el 16.8 tenían un nivel de escolaridad de preparatoria técnica, 41.3% se mostraron seguros de su capacidad para explicar temas sobre sexo a sus hijos, en cuanto a la apertura de comunicación sobre temas de sexo se obtuvo una media igual a 1.96 ($DE = 0.81$). Los temas en los cuales los padres mostraron mayor capacidad para hablar con sus hijos se encuentra prevención de embarazo media de 2.73 ($DE = 1.34$), como se transmiten las ITS ($M = 2.91$, $DE = 1.30$), uso del condón ($M = 2.62$, $DE = 1.44$), en cuanto a la auto eficacia para comunicarse sobre temas de sexo la media fue de 4.20 ($DE = .69$) en todos los casos el valor $p < 0.05$; así mismo se encontró una relación entre la escolaridad del padre ($r_2 = .66$, $p < 0.01$) en la comunicación en temas de sexo.

Duran (2007) realizó un estudio con el fin de conocer la influencia de las variables individuales (género, edad, creencia religiosa y nivel escolar) sobre la auto eficacia de padres en comunicación de temas de sexo a hijos adolescentes: percepción padres e hijos. Se utilizó un diseño descriptivo correlacional con muestreo aleatorio simple con una $n = 186$ adolescentes y $n = 186$ padres; se aplicó el instrumento (AHHAS) obteniéndose del total de padres participante el 68.8% mujeres, 45.1% presentaron un nivel de escolaridad de

preparatoria y 84.4% católicos. La autoeficacia de los padres respecto a comunicación de temas de sexo con sus hijos reportó un media mayor que la percibida por los hijos ($M = 78.68$ vs $M = 67.70$, $p < 0.05$); se demostró que a mayor eficacia para comunicar a los hijos sobre sexo ($r = 0.308$, $p = 0.000$), dentro de los resultados se obtuvo una tendencia de los padres a comunicarse más sobre temas de sexo con los hijos varones ($M = 80.97$ vs 76.63), 129 padres reflejaron capacidad para hablar de sexo con sus hijos, 72 afirmaron que les gusta y disfrutan hablar de esos temas.

Definición de Términos

Creencias conductuales: Es la actitud del padre tomada desde los sentimientos y comportamiento frente a la comunicación con el adolescente para tratar temas relacionados con el sexo (Campos, Pasquali & Peinado, 2008).

Creencias Normativas (Normas subjetivas): Son todas aquellas creencias de los grupos sociales que ejercen presión o influencia sobre el padre que favorecen o afectan la comunicación con su hijo sobre temas de relacionados con el sexo. (aprobación o desaprobación social) (Reyes, 2007).

Creencias de control: Facilidad o dificultad refiriéndose a la comodidad, así como la capacidad de los padres para hablar de sexo con hijos adolescentes (Duran, 2007).

Intenciones: Deseo de los padres para comunicarse con el adolescente sobre temas de sexo (Wilcox-Herzog & L. Ward, 2007).

Comunicación sexual: Se refiere a la cantidad de información que el padre a compartido con su hijo adolescente sobre temas relacionados con el sexo (Jiménez, Mosquera & Obregón, 2006).

Metodología

En el presente apartado se describen todas aquellas acciones y procedimientos que guiaron como metodología la investigación. Como primer aspecto se describe el diseño en el cual gira la investigación, siguiente con los aspectos de la población de estudio que

incluye el tamaño de la muestra, el tipo de muestreo que se utilizó, además de los criterios de inclusión y exclusión para la selección de los participantes. Se incluyen además el proceso de recolección de los datos, los instrumentos y la forma en que se midió, al igual que las consideraciones éticas y cómo fue el proceso de análisis de los datos obtenidos.

Diseño de investigación. Esta investigación precisa un diseño de tipo descriptivo correlacional transversal, ya que se pretendió documentar el modelo de comunicación sexual de los padres de adolescentes, descriptivo puesto que se reportan variables socio demográficas (escolaridad, sexo, ocupación, edad); correlacional pues además se realizó una análisis de relación entre las variables principales del estudio (creencias conductuales, creencias de control, normas subjetivas, intenciones y comunicación sexual) para conocer el modelo de comunicación sexual de los padres de los adolescentes del área metropolitana de Monterrey, Nuevo León, transversal pues los instrumentos se aplicaron en una sola ocasión (Polit & Hungler, 2000).

Población, muestra y muestreo. La población de estudio está representada por un total de 206 familias ingresadas para el proyecto “cuídate” hombres y mujeres padres de familia con hijos adolescentes con edades de 14 a 17 años inscritos en escuelas de educación técnica (CBTIS) de las zonas marginadas de la ciudad de Monterrey, Nuevo León. La muestra final está representada por $n = 112$ padres o tutores de adolescentes inscritos en una escuela de educación media superior (CBTIS), estimado para una prueba de correlación de .30, un nivel de confianza de 95% y una potencia del 95% mismo que fue calculado mediante el programa para Análisis Epidemiológico de Datos Tabulados, Versión 3.1 (EPIDAT). El muestreo utilizado en esta investigación es probabilístico aleatorio simple pues los adolescentes son seleccionados a partir de las listas de inscritos actualmente en la institución de educación técnica CBTIS (Polit & Hungler, 2000. p. 152).

Criterios de inclusión. Se incluyeron a:

- Hombres y mujeres padres de familia o tutores de adolescentes con edades entre 14 y 17 años.
- Los adolescentes deben estar inscritos en una escuela de educación básica

del área metropolitana de la ciudad de Monterrey Nuevo León, correspondiente a la edad prevista del adolescente.

Método de recolección de los datos. Este estudio fue realizado a partir de la investigación realizada por la aplicación de programa “cuídate” de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL) Facultad de Enfermería, Secretaria de Investigación y Postgrado; el cual fue previamente aprobado por las comisiones de etica de dicha Facultad.

Una vez concedida la aprobación se procedió al reclutamiento de los participantes que consistió en dirigirnos hacia la institución de educación elegida del área metropolitana de la Ciudad de Monterrey Nuevo León con la finalidad de la entrega del oficio de apoyo a las autoridades educativas correspondientes. Procedida la aceptación en conjunto con el departamento de Orientación Vocacional de dicha o institución, se utilizó propaganda y carteles para la difusión del trabajo. Se procedió a realizar la formación de grupos una vez seleccionados los adolescentes se les envió la invitación a los padres; una vez aceptada la participación en el proyecto se le pidió la corroboración de su participación a través del consentimiento informado del adolescentes y del padre o madre. Posteriormente se convocó a una reunión extraoficial para la información verbal de la finalidad, riesgos, beneficios y proceso del proyecto, así como la recogida del consentimiento informado.

Se hizo énfasis en que no hay respuestas buenas y malas, además de poder retirarse cuando alguna pregunta le haga sentir incomodo o en el momento que lo desee, así como el apego mayor posible a la realidad de las respuestas otorgadas en el instrumento.

Para la aplicación del instrumento se solicitó el espacio en la institución elegida; la aplicación del instrumento se realizó en un solo momento con previa cita de manera auto administrada con las previas indicaciones del investigador.

Instrumentos y mediciones. Se realizaron mediciones a lápiz y papel con unos instrumentos auto administrados para cada variable, se incluye un anexo de datos socio-demográficos; los instrumentos utilizados se describen a continuación:

Se utilizó el instrumento creencias y comunicación sexual de Villaruel (1998) en versión en español. Se ha utilizado este instrumento con padres latinos y mexicanos para

medir la percepción acerca del efecto de la creencia sobre la conducta, la percepción de aprobación social y auto eficacia para comunicar temas sexuales. Esta dividido en 3 sub-escalas divididas en 2 apartados: el primero sobre abstinencia y sexo y el segundo sobre uso del condón. Para todo el instrumento y sus sub-escalas se califican de 1 a 5; el puntaje total se calcula con el promedio de las respuestas obtenidas; a continuación se describen

Dentro del instrumento de *Creencias* se encuentra el apartado de *Actitudes (creencias conductuales)* conformado por 18 reactivos con opciones de respuestas que van de 1 = completamente en desacuerdo a 5 = completamente de acuerdo. Un ejemplo de pregunta es: En general en mi familia no se habla de cosas como el sexo. La puntuación total se calcula con el promedio en cada respuesta; donde a menor puntuación en la sub-escala mayor serán las creencias positivas hacia la comunicación sexual. Este instrumento ha reportado confiabilidad de consistencia interna, alpha de cronbach de .78 (Benavides, 2007).

El apartado para Normas Subjetivas (*creencias normativas*) está compuesta por 12 reactivos con opciones de respuesta tipo likert que van desde 1 = desaprobarían mucho a 5 = aprobarían mucho. Un ejemplo de pregunta es: Sus familiares cercanos aprobarían o desaprobarían que usted hablara con su hijo(a) para que no tenga relaciones sexuales. La puntuación final se obtiene calculando el promedio; es decir a mayor puntaje mayor será la percepción de aprobación de los demás acerca de la comunicación sexual con su hijo.

Fácil o difícil (creencias de control) contiene 5 reactivos con opciones de respuesta que van de 1 = muy difícil a 5 = muy fácil. Un ejemplo de pregunta es: ¿Qué tan fácil o difícil es para usted iniciar una conversación con su hijo(a) sobre su conducta sexual? La puntuación final de esta sub-escala se obtiene con el promedio, donde a mayor puntuación indican mayor capacidad percibida para hablar acerca de sexo. Este instrumento ha reportado alfa de cronbach de .88 (Benavides, 2007). El reactivo independiente se refiere a la creencia de los padres de si sus hijos han tenido o no relaciones sexuales con una opción de respuesta que va de 1=definitivamente no a 4=definitivamente.

Dentro del instrumento un apartado sobre *Intenciones* compuesto por 4 reactivos con una escala de calificación tipo likert que va de 1 = muy probable a 5 = muy probable.

Un ejemplo de pregunta es: ¿Qué tan probable es que en los próximos 3 meses usted hablara con su hijo sobre la posibilidad de no embarace a alguien o de que su hija no salga embarazada? Este instrumento se califica en base al promedio, donde a mayor puntuación mayor será la intención del padre para comunicarse sobre temas de sexo con sus hijos. Este instrumento ha reportado alfa de cronbach .74 (Gallegos et al., 2008).

Comunicación sobre temas de sexo, este instrumento se ha utilizado para medir la cantidad de información que los padres comparten acerca de sexo con sus hijos adolescentes. Esta sub-escala está compuesta por 9 reactivos con opciones de respuestas que van de 1 = nada a 5 = mucho: ¿Cuánta información ha compartido con su hijo (a) acerca de VIH/SIDA?, la puntuación total se obtiene calculando el promedio; donde a mayor puntuación mayor comunicación tiene el padre con el hijo adolescente; este instrumento ha presentado en otros estudios coeficientes de confiabilidad de consistencia interna de 0.94 (Benavides, 2007; Villaruel et al., 2004).

Se incluye dentro del instrumento una cedula de identificación para registrar los datos socio-demográficos de los participantes donde se incluyen datos como: sexo, edad, estado civil, ocupación, ocupación de la pareja, escolaridad, escolaridad de la pareja (Apéndice A).

Consideraciones éticas. La investigación para su validez y confiabilidad se apegó a los estatutos y disposiciones establecidas en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, título segundo en los capítulos que se detallan a continuación:

Artículo 13: Contribuyendo al principio de dignidad humana, se establecen durante el ejercicio de investigación el criterio de protección a su identidad, además del derecho a estar informado acerca de los fines y naturaleza del estudio con libertad de decidir no participar si así lo desea, protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 14: Esta investigación contiene un consentimiento informado por escrito del padre como participante del estudio, tal investigación se realiza con personal capacitado para salvaguardar la integridad del sujeto contando con los recursos necesarios

para garantizar al participante el bienestar apropiado.

Artículo 16: En todo momento de la investigación se protegerá la privacidad del sujeto realizando las encuestas de manera grupal pero con las indicaciones previas sin que se emita comentario o juicio de valor acerca de alguna respuesta dada por el participante.

Artículo 17: Se cataloga como una investigación de riesgo mínimo ya que se realizan mediciones de lápiz y papel.

Artículo 21: Al participante del estudio se le garantiza aclaración inmediata de cualquier duda acerca de los procedimientos, los beneficios y riesgos relacionados con la investigación, se le informa que tiene la libertad de retirarse en el momento que lo desee sin crear prejuicios, manteniendo su identidad en anonimato en todo momento del estudio.

Análisis de los datos. El análisis de los datos se llevó a cabo usando el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 17.0; el coeficiente no paramétrico de Spearman se utilizó para conocer la relación entre las variables principales del estudio.

Se obtuvieron datos descriptivos por medio de frecuencias y proporciones para las variables categóricas; así como las medidas de dispersión y de tendencia central para las variables numéricas; posteriormente se obtuvo la consistencia interna del instrumento a través de la prueba alpha de cronbach: se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para decidir el uso de la estadística paramétrica o no paramétrica.

Resultados

En el siguiente apartado se muestran los resultados obtenidos de la investigación titulada “Probar un modelo de Comunicación Sexual en Padres de Adolescentes del Área Metropolitana de Monterrey, Nuevo León”, la cual se aplicó una cédula de identificación (Edad, Sexo, Ocupación, Estado Civil, Escolaridad) y un instrumento autoadministrado para medir las creencias (conductuales, normativas y de control), así como intenciones y comunicación sobre temas de sexo (Villaruel et al., 2004). Estos resultados son mostrados en tablas con frecuencias y porcentajes; además previamente analizados en el paquete estadístico SPSS versión 17 en español; del cual se obtuvieron los siguientes datos:

Características de los participantes. Se entrevistaron a $n = 112$ sujetos de los cuales el 74.1% fueron mujeres y 22.3% hombres, reportando una media de edad de 41.65 ($DE = 7.17$, 22-65), 86.6% son personas casadas o con pareja estable actualmente.

Consistencia interna de los instrumentos. La tabla 1 muestra los coeficientes de Alfa de Cronbach sobre la consistencia interna de los instrumentos. Para los reactivos de normas subjetivas, creencias de control, intenciones y comunicación sobre temas de sexo presentaron coeficientes de confiabilidad muy buenos; a excepción de los que evaluaron Creencias Conductuales que presento un coeficiente aceptable.

Tabla 1

Análisis de Fiabilidad del Instrumento

Instrumento (Sub-escala)	Aciertos	Alpha de Cronbach
Creencias Conductuales	18	0.767
Normas Subjetivas	12	0.874
Creencias de Control	5	0.894
Intenciones	4	0.828
Comunicación sobre temas de sexo.	9	0.945

Fuente: Modelo de Comunicación sexual (Creencias-Intenciones-Comunicación)
 $n = 112$

Descripción de las variables de estudio. Para cumplir con el objetivo de describir las creencias, intenciones y comunicaciones de los padres de adolescentes entre 14 y 17 años del área metropolitana de Monterrey, Nuevo León; se llevó a cabo un análisis descriptivo (Ver tabla 2). Se encontró que los padres mantienen creencias conductuales, normas subjetivas y creencias de control positivas ($M = 2.09$, $DE = 0.57$; $M = 3.86$, $DE = 0.60$; $M = 3.75$, $DE = 0.82$); presentaron niveles alto de intención ($M = 4.14$, $DE = 0.78$); y un nivel positivo de comunicación sobre temas de sexo ($M = 3.53$, $DE = 1.08$).

Tabla 2*Estadística Descriptiva y Distribución de Variables*

Variable	M	DE	Mdn	Vmin.	Vmax.
Creencias Conductuales	2.09	0.57	2.05	1	3.29
Creencias Normativas	3.86	0.60	3.91	1.58	5
Creencias de Control	3.75	0.82	3.80	1.40	5
Intenciones	4.14	0.78	4.25	1.75	5
Comunicación Sexual	3.53	1.08	3.72	.78	5

Fuente: Modelo de Comunicación Sexual (Creencias-Intenciones-Comunicación) $n = 112$

Relaciones entre las Variables de Estudio. Para cumplir con el objetivo de conocer la relación entre las variables del estudio (creencias conductuales, normativas y de control con las intenciones y comunicación sobre temas de sexo) se realizó la prueba no paramétrica de Correlación de Pearson (Ver Tabla 3); en cuanto a la relación entre las creencias e intenciones se encontraron significativas normas subjetivas ($r = .540^{**}$, $p < .01$); de control ($r = .496^{**}$, $p < .01$) y conductuales ($r = -.259^{**}$, $p < .01$); con la comunicación sexual se obtuvieron significativas las relaciones con normas subjetivas ($r = .424^{**}$, $p < .01$), de control ($r = .539^{**}$, $p < .01$) mientras que no presento significancia en creencias conductuales ($r = -.147$).

Tabla 3

Variables	1 (CC)	2 (CN)	3 (CCON)	4 (IS)	5 (CS)
Creencias Conductuales (CC)	1				
Creencias Normativas (CN)	-.219*	1			
Creencias de Control (CCON)	-.346**	.483**	1		
Intenciones (IS)	-.259*	.540**	.496**	1	
Comunicación Sexual (CS)	-.147	.429**	.539**	.449**	1

Fuente: Modelo de Comunicación Sexual (Creencias-Intenciones-Comunicación)
 $n = 11$

Modelo de Comunicación Sexual

Para cumplir con la hipótesis 1 (Ver Tablas 4 y 5) sobre la que las creencias conductuales, normativas y de control influyen positivamente sobre las intenciones se realizó una prueba de regresión múltiple; previo a este análisis se revisó que se cumpliera con los supuestos de normalidad, linealidad y correlación. Se encontró que el modelo planteado de las Creencias e intenciones explican en un 35% el modelo de comunicación sexual ($F_{(4,107)} = 14.52, p < .001$).

Tabla 4

ANOVA del Modelo de Comunicación Sexual sobre Creencias Conductuales, Normativas y de Control

Modelo	SC	gl	MC	F	p
Regresión	42.740	3	14.247	17.611	0.000
Residual	87.371	108	.809		
Total	130.112	111			

Fuente: Modelo de Comunicación Sexual (Creencias-Intenciones-Comunicación) $n = 112$.

Tabla 5

Regresión Múltiple de Comunicación Sexual con Creencias Conductuales, Normativas y de Control.

		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes típicos		
Comunicación Sexual		<i>B</i>	<i>Error</i>	<i>β</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
1	(Constante)	-.430	.759		-.567	.572
	Creencias Conductuales	.108	.158	.057	.681	.497
	Creencias Normativas	.388	.161	.217	2.406	.018
	Creencias de Control	.596	.123	.454	4.837	.000

Fuente: Modelo de Comunicación Sexual (Creencias-Intenciones-Comunicación) $n = 112$

Para la explicación de la Hipótesis 2 se realizó una regresión múltiple (Ver Tablas 6 y 7). Se evidenció la explicación del modelo de comunicación sexual en un 35%; es decir las creencias mostraron relación con intenciones: normativas ($\beta = .50^{**}$, $p < .01$), de control ($\beta = .27^{**}$, $p < .01$) mientras que las conductuales se mantuvieron ($\beta = .103$); en cuanto a la relación con comunicación sexual y creencias se obtuvo relación significativa con: normativas ($\beta = .38^{**}$, $p < .01$), de control ($\beta = .59^{**}$, $p < .01$) no así con las conductuales ($\beta = .11$); las intenciones mostraron significación con la comunicación sexual ($\beta = .62^{**}$, $p < .01$). Por lo tanto se afirma de acuerdo a los resultados que tanto las creencias normativas como de control influyen sobre las intenciones y comunicación mientras que las creencias conductuales se mantienen sin relación significativa.

Tabla 6

ANOVA del Modelo de Comunicación Sexual sobre Creencias e Intenciones Sexuales

Modelo	SC	gl	MC	F	p
Regresión	45.767	4	11.442	14.515	.000
Residual	84.345	107	.788		
Total	130.12	111			

Fuente: Modelo de Comunicación Sexual (Creencias-Intenciones-Comunicación) $n = 112$

Tabla 7

Regresión Múltiple del Modelo de Comunicación Sexual con Creencias e Intenciones Sexuales

		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes típicos	
Comunicación Sexual		<i>B</i>	<i>Error</i>	β	<i>t</i> <i>p</i>
1	(Constante)	.806	.773		-1.043 .259
	Creencias Conductuales	.135	.157	.072	.862 .391
	Creencias Normativas	.255	.173	.143	1.476 .143
	Creencias de Control	.524	.127	.400	4.134 .000
	Intenciones	.265	.135	.192	1.959 .053

Fuente: Modelo de Comunicación Sexual (Creencias-Intenciones-Comunicación) $n = 112$

Conclusiones

Por lo tanto se afirma el supuesto de la teoría que las creencias anteceden a la intención y que esta a su vez es el predictor más próximo a la conducta (comunicación sobre temas de sexo). Sin embargo es necesario realizar más investigación, ya que en este estudio no se encontró que las creencias de tipo conductual influyeran en las intenciones ni la conducta (comunicación sexual sobre temas de sexo).

Referencias

- Benavides, R. A (2007) *An interaction model of parents and adolescents influences on Mexican adolescents intentions for contraception and condom use* (Tesis doctoral). The University of Texas. Austin. United States Texas. Recuperado de dissertations & Theses full text database (Publicación No. AAT3285967).
- Burns, N. & Grove S.K (2004). *Investigación en enfermería* (3ª ed.). España: Elsevier.
- Consejo Estatal para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (COESIDA) (2008), COESIDA, Nuevo León. Recuperado de <http://www.google.com.mx/searchl=eg&q=COESIDA2L+2008,Nuevolec303nmeta>.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). (2007) Pirámide poblacional. Recuperado de <http://www.conapo.gob.mx/prensa/2006/1532006bol.pdf>.
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA) (2009). El VIH/SIDA en México cifras al 14/Nov/2008). Recuperado de <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/cifrashtml>.
- Cuesta, Ugarde & Menéndez (2008). *Comunicación y salud: avances en modelos y estrategias de intervención*. Editorial Complutense.
- Duran, J.M. (2007). *Autoeficacia de padres en comunicación de temas de sexo a hijos adolescentes: percepción padres e hijos* (Tesis de maestría). Universidad Autónoma de Nuevo León, México.
- Encuesta de salud y hábitos sociales (2003). Salud y hábitos sociales: las conductas sexuales desde la perspectiva del SIDA. Recuperado de <http://www.mscoes/ciudadanos/enf.lesiones/enf.transmisibles/SIDA/docs/encuestahabitossexuales.pdf>
- Gallegos, E.C., Villaruel, A.M, Lovelande, c. Ronis, D & Zhou, Y. (2008). Intervención para reducir riesgos en conductas sexuales de adolescentes un ensayo aleatorio y controlado. *Salud Pública de México*, 50(1); 59-66.

- Gayet C., Magis C., Sacknoff D., & Guli L. (2006). *Prácticas sexuales de las poblaciones vulnerables a la epidemia de VIH/SIDA en México*. Secretaría de Salud Jiménez, Mosquera & Obregón (2006). Comunicación, participación y salud sexual y reproductiva de los adolescentes metodológicas desde la perspectiva de comunicación para el cambio social. *Investigación y Desarrollo*. 12 (1), 78-107.
- Magis, Bravo, Gayet, Rivera, & De Luca (2008). El VIH y el SIDA en México, Hallazgos, tendencias y reflexiones. *Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA)*.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2008). *En América Latina 25% de adolescentes son madres antes de los 20 años según CEPAL*. Recuperado de <http://www.or/spanish/noustullstorynews.usp?newsID=13936&criterial1=latina&criterial2=mujeres>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2008). *Situación de la epidemiología Mundial de VIH*. Recuperado de http://dataunaids.org/pub/globalreport2008/sc15ID_2008_global_report_pp29-62-g.pdf.
- Polit, D. F. & Hungler, B. P. (2000). *Investigación científica en ciencias de la salud*. (6ª ed.) México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana.
- Reyes (2007). La teoría de la acción razonada: Implicaciones para el estudio de las actitudes. *Investigación Educativa (INED)* 14(7); 66-77.
- Secretaria de Salud. (1987). *Ley General de Salud. Leyes y Códigos de México*. (16ª. ed.) *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. México: Porrúa.
- Teva, Bermúdez, Hernández-Quero & Buena-Casal (2005). Evaluación de la depresión, ansiedad e ira en Pacientes con VIH. *Medigraphic Artemisa, Salud Mental*, 28(5); 40-49.

CAPITULO X.- DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN POR INTERNET “CONÉCTATE: UN PROGRAMA SOBRE SEXUALIDAD RESPONSABLE EN JÓVENES”

Lubia Castillo-Arcos

Universidad Autónoma del Carmen

María Antonieta Olvera-Blanco

Fuensanta López-Rosales

Raquel Benavides-Torres

Universidad Autónoma de Nuevo León

Resumen

El presente estudio describe el diseño de un programa educativo por Internet para prevenir conductas sexuales de riesgo en los adolescentes. El diseño de la página web y la plataforma educativa fue desarrollado por un equipo de expertos en el manejo de las TICs, competencias e interacción humano computadora, los cuales dieron sustento teórico y metodológico al programa. Las principales características interactivas incluyen juegos, videos, tutoriales y repositorios de información dirigidos a elevar el nivel de resiliencia y competencia social en los adolescentes. Se concluye que la página web y la plataforma educativa “Conéctate” representa un importante medio innovador para proporcionar información a los adolescentes dirigido en fortalecer las conductas sexuales seguras para la prevención del VIH/SIDA.

Introducción

La magnitud del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) produce una compleja enfermedad denominada Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), ha presentado un incremento en la última década. El Programa Conjunto de las Naciones Unidas en VIH/SIDA (UNAIDS, 2010) estimó que a finales del año 2009 existían 33.3 millones de

personas viviendo con VIH/SIDA, en comparación con los 26.2 millones que fueron reportados en 1999, incrementándose el 27% por esta infección. Reportes estiman que alrededor de 6,000 personas mayores de 15 años de edad se infectan diariamente con este virus de las cuales, más del 41% estuvieron entre 15 y 24 años (Fondo de las Naciones Unidas [UNFPA], 2004; UNAIDS, 2008). La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, 2008) reporta que para el año 2030 más de 40 millones de adolescentes se infectarán con el VIH en todo el mundo. Por esta razón es necesario que los profesionales de la salud continúen y redoblen esfuerzos para generar estrategias que influyan en la disminución de la tasa de incidencia de adolescentes infectados, ya que en la actualidad no existe vacuna alguna que proteja del contagio del VIH, ni un tratamiento terapéutico que garantice la cura de la infección (Planes, Gómez, Gras, Font-Mayolas, Cunill, & Aymerich, 2007). Por tanto, la única alternativa que se tiene es la prevención.

Por consiguiente, la promoción de la salud permite realizar acciones preventivas. Glanz, Rimer y Lewis (2002) la definen como “un amplio y variado conjunto de estrategias para influir en los individuos y sus entornos sociales, para mejorar la conducta de salud, y para mejorar la salud y la calidad de vida”. Su propósito es ejercer control de los determinantes de la salud y lograr un cambio positivo. Una estrategia que se ha utilizado dentro de la promoción de la salud, es la aplicación de intervenciones psicoeducativas dirigidas a modificar conductas de riesgo.

Respecto al medio de implementación de la intervención resulta igual de importante. De acuerdo a del Hoyo (2007), una conducta saludable es responsabilidad del propio individuo, haciendo que la motivación y la facilidad de acceso a la información, sean elementos primordiales en la promoción de la salud. Por éste motivo, se le debe garantizar al usuario que la información recibida sea de calidad y apropiada para fomentar esta responsabilidad (Alvarez, 2010; Conn, 2010; Suresh, 2011) y con su uso obtenga algún beneficio en su salud o cambio de conducta (Lustria, Cortese, Noar & Glueckauf, 2009). Por esta razón, el uso de la Tecnología de la Información y las Comunicaciones (TIC) proporciona un medio de comunicación fiable, interactivo y accesible para la gran mayoría de la población.

El uso de las TIC como estrategia ha ido en aumento, convirtiéndose en una parte importante del arsenal terapéutico en las estrategias de salud. Así mismo, una variedad de medios electrónicos para la comunicación interactiva sobre salud (internet, CD-ROM, asistentes digitales personales, teléfonos móviles), funcionan como fuentes de información, ya sea en forma individualizada o colectiva, como de recordatorio, de apoyo social (Melaud, et al., 2009; Glanz, Rimer & Lewis, 2002). Por lo cual, la rápida emergencia de nuevas tecnologías de comunicación representan nuevas oportunidades para intervenir. La introducción del internet a través de las páginas Web en la salud se transforma en un medio de intercambio de información efectivo, a través del cual, se favorece los cambios de comportamientos en el individuo debido a la implementación de intervenciones innovadoras (Bennett & Glasgow, 2009; Catwell, L., & Sheikh, 2009; Conn, 2010; Lesser, Koniak-Griffin, Huang, Takayanagi, & Cumberland, 2009; Noar, Black & Pierce, 2009; Steinhardt & Dolbier, 2008; Strecher, 2007; Swartz et al., 2001; Wantlan, Portillo, Holzemer, Slaughter, & McGhee, 2004). Tomando en cuenta que el internet juega un papel muy importante en la vida del adolescente, se convierte en un recurso ideal que debemos utilizar.

Por tal motivo el presente trabajo describe el proceso por el cual el grupo de investigación diseño un programa educativo por internet, con una página de Internet y una plataforma educativa.

Metodología

Participantes. El programa se diseñó para atender a la población adolescente entre las edades de 15 a 19 años, estudiantes de nivel preparatoria.

Equipo de diseño. El equipo de diseño fue conformado por profesionales de la salud, educación y expertos en interacción humano computadora, quienes plantearon los objetivos generales de la intervención y supervisaron el desarrollo de la página web y la plataforma educativa.

Diseño del programa educativo. El diseño se programó en tres etapas. En la primera etapa consistió en la revisión del contenido temático del programa “Prevención del

VIH/SIDA en adolescentes de Monterrey, México” (López & Moreno, 2000), el cual se utilizó como base para seleccionar los contenidos a utilizar de este programa de acuerdo al Modelo de Resiliencia Sexual en el adolescente. Quedando de esta manera los contenidos temáticos para la intervención por Internet “Conéctate: Un programa sobre sexualidad responsable en jóvenes”.

En la segunda etapa, los expertos en el diseño de competencias y el uso de las TIC, verificaron si los contenidos correspondían a los componentes teóricos que guían la intervención y si estos podrían lograr un aprendizaje significativo para los participantes a través de la interacción humano computadora. Se elaboraron las competencias generales y las competencias específicas que se desarrollara en el adolescente. Se verificó que cada una de las competencias impactara las variables mediadoras (factores de riesgo y de protección sexual) entre la intervención y la variable resultado resiliencia sexual, las cuales forman parte del Modelo que sustenta teóricamente el programa.

El programa psicoeducativo “Conéctate: Un programa sobre sexualidad responsable en jóvenes” aborda la prevención de conductas sexuales de riesgo en adolescentes, a través de la resiliencia y la competencia social. Posee dos componentes: educativo y psicológico. El componente educativo se contempla en las sesiones que proporcionan información sobre Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida, mecanismos de transmisión, medidas de prevención, los cambios biopsicológicos de la adolescencia y percepción de vulnerabilidad a la infección de VIH/SIDA (sesión 1 y 2). El componente psicológico está representado por las actividades orientadas a promover un incremento en los niveles de competencia social y resiliencia. Se integra por tres elementos: (a) Inteligencia emocional (identificación de los factores de protección familiar, social e individual, el valor de la familia, estrategias para aumentar los niveles de autoestima y autoeficacia (sesión 3 y 4); (b) Habilidades sociales y comunicación eficaz (fortalecimiento de los factores de protección y reducción de los factores de riesgo, estrategias para negociar el sexo seguro (sesión 5 y 6); (c) Resiliencia (desarrollo de los valores individuales y familiares, noviazgo, identificación de las estrategias de afrontamiento positivo, estrategias para aumentar los niveles de resiliencia (sesión 7 y 8).

A continuación se muestran dos ejemplos de sesiones: una presencial y una a través de la plataforma educativa “Conéctate”

Unidad temática: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida La sesión está diseñada para dar a conocer al adolescente información sobre la infección por VIH/SIDA y las estrategias para prevenir conductas sexuales de riesgo, como parte preliminar de su proceso formativo en el tema.	
Nivel de Competencia <i>Inicial:</i> especificar el significado de sexualidad, ITS, VIH y SIDA. <i>Básico:</i> examinar el proceso de transmisión y desarrollo del VIH. <i>Autónomo:</i> identificar las formas de evitar el proceso de transmisión del VIH. <i>Estratégico:</i> analizar las diversas medidas de prevención.	
Sesión 1 Modalidad Presencial	
Competencia	Descripción
-Identificar los elementos que integran el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida desde la perspectiva teórica. - Desarrollar las herramientas cognitivas necesarias para asumir nuevas actitudes para evitar conductas de riesgo sexual. -Ejecutar los pasos de la colocación del condón a través de modelos anatómico. - Conocer la página web y la plataforma educativa, para tener acceso a la información y orientación sobre prevención el VIH/SIDA.	A través de aportaciones del facilitador, debates en los foros de discusión, la participación en dinámicas grupales y talleres, se les proporciona los conocimientos acerca de las ITS, el VIH/SIDA y las medidas de prevención, así como el manejo de la página web y la plataforma educativa “Conéctate”.

Contenido

Actividad A: Comenzando

Actividad B: Uso de la página Web

Actividad C: Aprendiendo sobre ITS y VIH/SIDA

Actividad D: Verdades y mitos

Actividad E: El baile

Actividad F: Pasos para la colocación correcta del condón

Unidad temática: Evaluación de la Infección del VIH

La sesión está diseñada para que el adolescente identifique los elementos que integran la conducta sexual segura, que le permitirán consolidar el proceso de toma de decisiones ante situaciones de riesgo sexual y decidir el acceder o no a las relaciones sexuales. Además de que le permite interiorizar los cambios físicos, psicológicos y sociales como procesos naturales de la adolescencia.

Nivel de Competencia

Inicial: argumentar la importancia de la identificación de situaciones de riesgo sexual y la toma de decisión efectiva

Básico: examinar las conductas de riesgo y las medidas de prevención

Autónomo: identificar las formas de sexo seguro.

Estratégico: Realizar la toma de decisiones adecuadas para la prevención de situaciones de riesgo sexual..

Sesión 2 Modalidad: a través de la plataforma educativa “Conéctate”	
Competencia	Descripción
- Crea nuevos esquemas conceptuales relacionados a la sexualidad en la adolescencia para percibir a la etapa de la adolescencia como un proceso normal de cambios. - Valora el comportamiento de autocontrol a través de la abstinencia, monogamia, el uso del condón, búsqueda de la prueba rápida de detección de VIH y búsqueda de orientación para ejecutar conductas sexuales seguras. - Incrementar la percepción de vulnerabilidad ante el riesgo de VIH/SIDA para adoptar medidas de prevención.	Los adolescentes aprenden a ser competente para la toma de decisiones adecuadas dirigidas a prevenir conductas de riesgo sexual a través de diversas dinámicas y estrategias de aprendizaje interactivas.
Contenido	
Actividad A: Sexualidad en la adolescencia Actividad B: Conociendo el ciclo menstrual Actividad C: Con riesgo o sin riesgo Actividad D: Aprendiendo sobre sexo seguro Actividad E: Clara: Una historia de silencios	

La tercera etapa consiste en el procedimiento para el diseño de la Intervención por Internet. Esta etapa está compuesta por tres fases que serán descritas a continuación, utilizando el método de Webb, Joseph, Yardley y Michie (2010).

Diseño de la intervención por Internet. La primera fase del proceso de diseño de la intervención por Internet y tiene por objetivo analizar de manera detallada que el contenido que se está planteando en la intervención sea suficiente para cumplir con las competencias esperadas. Esta fase estuvo a cargo de los autores del proyecto así como de un grupo de expertos del área de enfermería, psicología, educación e interacción humano computadora que proveyó guía científica y conceptual. El primer paso de esta fase consistió en hacer una subestructuración teórica para asegurar que los objetivos planteados en la intervención estuvieran derivados de la teoría. Posteriormente el grupo de expertos plantó los alcances de dichos objetivos, prioridades y programó los tiempos de las actividades en cada sesión de la intervención interactiva en línea.

Adicionalmente, se seleccionaron las técnicas más efectivas para el cambio de conducta que se ha utilizado en otras intervenciones en línea y se integrarán las sesiones (Abraham & Michie, 2010). Con base a esto y considerando las características de las intervenciones exitosas en línea (Webb, Joseph, Yardley, & Michie, 2010), los expertos en interacción humano computadora y el equipo de investigación diseño la página de internet con módulos interactivos. El grupo de diseño efectuó un manual con los códigos de las funciones del sitio en línea para la intervención con la finalidad que se pueda realizar la retroalimentación del sitio las veces que sean necesarias.

Proceso del diseño. La segunda fase del proceso diseño que implicó determinar los lineamientos a seguir para desarrollar cada a modulo interactivo. De tal modo que el sitio de internet final es el conjunto de todos estos módulos. En esta etapa fue necesario considerar las diferentes situaciones que pudiesen presentarse al momento de que la página de internet sea utilizada por los participantes para poder plantear la solución de estas ventajas. Posteriormente se revisaron otra vez los códigos de programación con las especificaciones detalladas. Cuando la página web y la plataforma educativa quedó concluida se le asignó una clave de usuario y contraseña a la persona encargada de administrar la página.

Evaluación del diseño. Se revisará el plan de entrega de la intervención y sus componentes. Con el fin de mejorar el contenido, la presentación del programa y ver lo que funcionó y lo que no, se realizará un proceso de retroalimentación al término de cada una de las sesiones en plataforma tanto con los participantes como con los facilitadores. También se evaluarán el proceso, los servicios proporcionados y los recursos usados; esto con el fin de obtener información detallada sobre cómo se presentará el programa. Con base al análisis de esta fase se integraran los cambios pertinentes a la página web de la intervención interactiva final.

Resultado

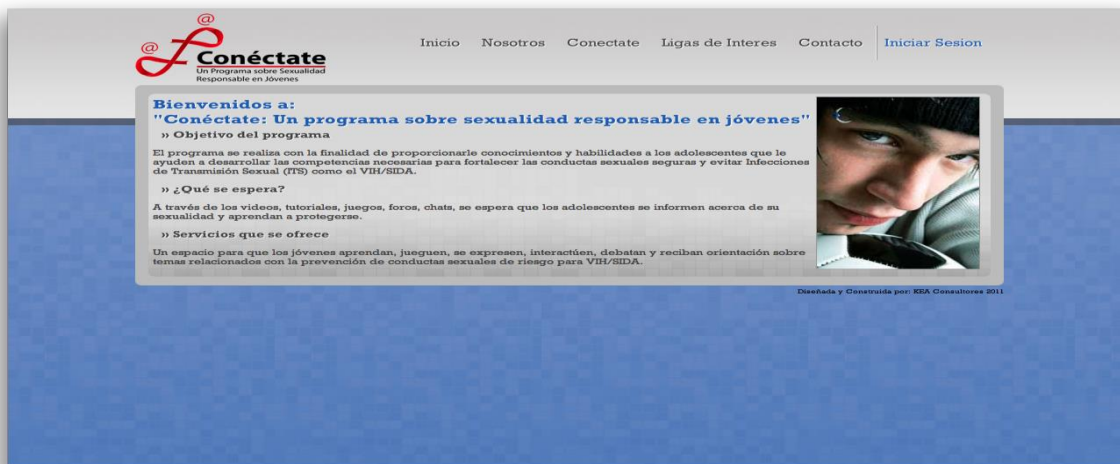
Página WEB. Dentro de los productos que se generaron se encuentra la página web del programa. En ella se describe de manera general el proyecto, los autores y el objetivo del programa, así como la información relacionada con la prevención del VIH/SIDA. La página es un espacio para que los adolescentes como se expresen, interactúen y debatan planteando sus comentarios y opiniones; está integrada por seis columnas de información:

- **Inicio:** aquí se da la bienvenida y el propósito de “Conéctate”
- **Nosotros:** en esta sección se detalla cómo surge el proyecto, en qué consiste el proyecto, autores que la diseñaron y componentes del programa.
- **Conéctate:** se proporciona información general sobre prevención de embarazo en la adolescencia, ITS y VIH/SIDA.
- **Ligas de interés:** muestra los link de interés sobre información de VIH/SIDA.
- **Contacto:** se dan los teléfonos, el correo electrónico de “Conéctate”, dirección de la facultad de enfermería y una sección de comentarios.
- Los participantes pueden ingresar a la intervención con su usuario y contraseña. Asimismo, se diseñó un apartado para los padres, para que puedan ver en consiste la intervención; sin tener acceso a la sesión de

alumnos. A continuación se presenta una pantalla de la página.



Plataforma Educativa. El segundo producto generado fue la plataforma educativa, a través de la cual se proporciona información relacionada a la prevención de conductas sexuales de riesgo, resiliencia y competencia social presentada en seis sesiones con actividades interactivas y tres repositorios de información.



La plataforma consta de cuatro columnas que contienen información de las actividades que realizará el adolescente: mis cursos, mi agenda, evaluaciones y mi progreso.

La primera columna, **mis cursos**, está integrada por las actividades de aprendizaje de cada una de las seis sesiones, además de la descripción del curso, chat, foros, grupos, tareas, agenda, lecciones y glosarios.

La segunda columna, **mi agenda**, presenta las fechas en que el adolescente deberá cubrir cada sesión, así como la vigencia de cada una de ellas.

La tercera columna presenta las **evaluaciones** que responderá el adolescente al terminar cada sesión.

La cuarta columna, **mi progreso**, proporcionará información de los cursos que se han tomado y del avance que han obtenido en cada uno de ellos.

Cabe destacar que durante la primera sesión presencial se le proporciona un tutorial a los adolescentes para que conozcan tanto la plataforma como la página web y de esta forma conozcan los elementos que la integran y la manera de cómo deben de entrar y navegar en ella. A continuación se presenta una pantalla de la plataforma.



Sistema de correo. Durante las sesiones 2a 7 la información que se le proporciona al adolescente es a través de una plataforma educativa, por lo cual, es necesario que el facilitador supervise el cumplimiento de las actividades programadas. Esta sección proporciona al facilitador una serie de información que le ayudará a supervisar el avance de las actividades realizadas por los participantes. A través de cada actividad completada se verifica el cumplimiento de las sesiones. Este apartado consta de dos guías.

- Guía para enviar correos que favorezcan el cumplimiento de las actividades
- Guía para supervisar el avance de actividades

Guía para enviar correos que favorezcan el cumplimiento de las actividades. Es importante que el participante concluya todas las actividades programadas por semana, para ello se realizarán las siguientes acciones.

a) Bienvenida y notificación de las sesiones y tiempos que cumplir:

1. Se les enviará a los adolescentes por correo electrónico información que incluya la bienvenida al programa y actividades por realizar. Este correo dirá:

Estimado/a (colocar nombre del participante). Te damos la más cordial bienvenida a la plataforma educativa “Conéctate”, en esta plataforma encontrarás información relacionada a la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual como el VIH/SIDA. Te recordamos que a partir de hoy (fecha) puedes entrar a la página e-conectate.com para iniciar las actividades correspondientes a las Sesiones 2 y 3. Tienes del (fecha) para realizar todas las actividades de ambas sesiones. Asimismo, te informamos que en estas mismas fechas puedes consultar el repositorio en salud para reafirmar lo aprendido en las actividades realizadas. Te esperamos en la plataforma educativa “Conéctate”. Recibe un cordial saludo. Atentamente (nombre del facilitador).

b) Acciones para el participante que avanza de acuerdo a los tiempos y actividades indicadas.

1. Enviar un correo electrónico de felicitación al participante cada vez que haya concluido una sesión; así como información de reforzamiento relacionada a la sesión. El correo dirá:

Hola (poner nombre del participante correspondiente) felicidades has concluido la sesión 2 en forma satisfactoria. Realizaste un excelente trabajo durante todas las actividades que integran esta sesión. Recuerda, es importante que visualices la adolescencia como un proceso de cambios físicos, psicológicos y sociales normales de crecimiento y desarrollo. Así mismo, aprendiste a diferenciar las diferentes conductas de riesgo sexual y la manera de practicar sexo seguro. Te aconsejamos que todo lo aprendido lo pongas en práctica en tu vida diaria. No olvides entrar al repositorio de información en salud para reforzar lo aprendido esta semana. Saludos cordiales, Atentamente (nombre del facilitador).

c) Acciones para el participante que no avanza de acuerdo a los tiempos y actividades indicadas

1. Enviar un correo electrónico de recordatorio el día miércoles a los participantes que aun no entren a la plataforma educativa. Este correo dirá:

Hola (nombre del adolescente) te recordamos que es importante que continúes avanzando con las sesiones y actividades programadas para esta semana. Puedes hacerlo a la hora que consideras más adecuada. Tu participación es muy relevante, queremos que aprendas como protegerte de situaciones de riesgo sexual y a tomar decisiones adecuadas ante estas situaciones de riesgo. “Conéctate por tu salud”. Atentamente (nombre del facilitador).

2. Enviar nuevamente otro correo electrónico el día viernes si aún el participante no entra a la plataforma educativa o no ha concluido todas las actividades. El correo dirá:

Hola (nombre del adolescente). Recuerda que hoy es el último día para participar en las sesiones 2 y 3. Te pedimos que entres a la brevedad posible para completar las sesiones. Saludos cordiales, Atentamente (nombre del facilitador)

3. En caso de que el adolescente continúe sin entrar a la plataforma. Se le solicita reporte al coordinador, para que a su vez indique al personal asistente realizar el seguimiento. La solicitud se realizará por medio de un correo que deberá de contener la siguiente información:

Hola (Nombre del Coordinador), mi nombre es (Nombre del Facilitador), soy facilitador de grupo (Número de grupo), el participante (Número de participante/Nombre de registro en la plataforma) no ha terminado la sesión 2 y/o 3 de e-conéctate. Favor de realizar una llamada para recodarle su participación.

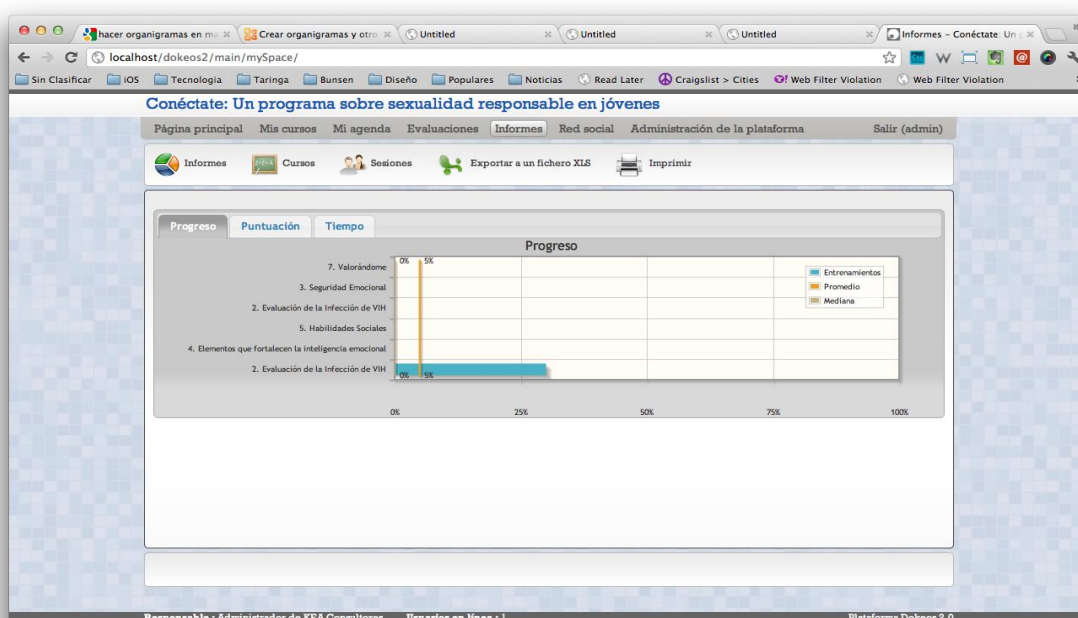
Supervisión de la plataforma educativa.

Guía de supervisión de cumplimiento de actividades

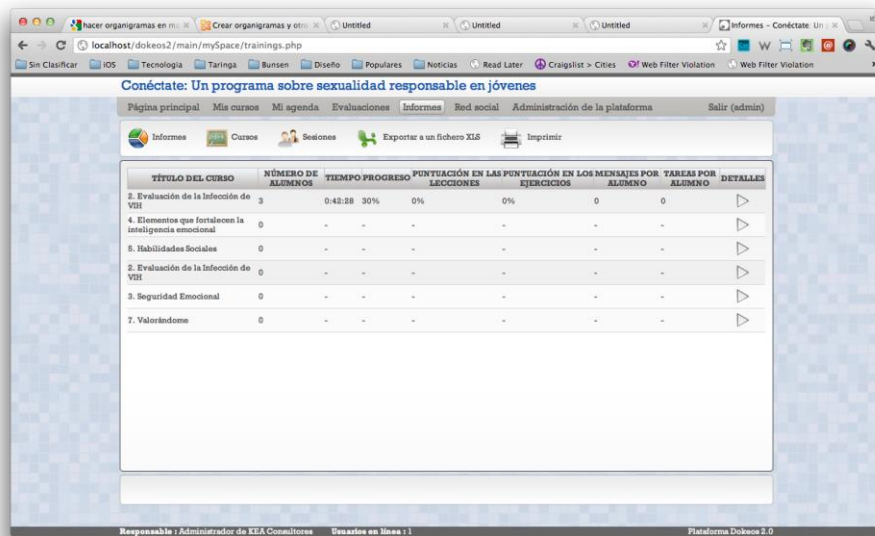
Siga los siguientes pasos para supervisar el avance de cada alumno y del grupo a su cargo.

Paso 1: Entrar a la plataforma con su usuario y contraseña.

Paso 2: Seleccione la columna **Informe**.



Paso 3: Al entrar de click en **Cursos**, aparecerá el Título del curso, **Número de alumnos**, **Tiempo** (indica la sumatoria del tiempo que han estado en la plataforma todos los alumnos), **Progreso** (indica el promedio del progreso de todos los alumnos) y **Detalles**. Los restantes que aparecen no aplican para el presente programa.



Conéctate: Un programa sobre sexualidad responsable en jóvenes

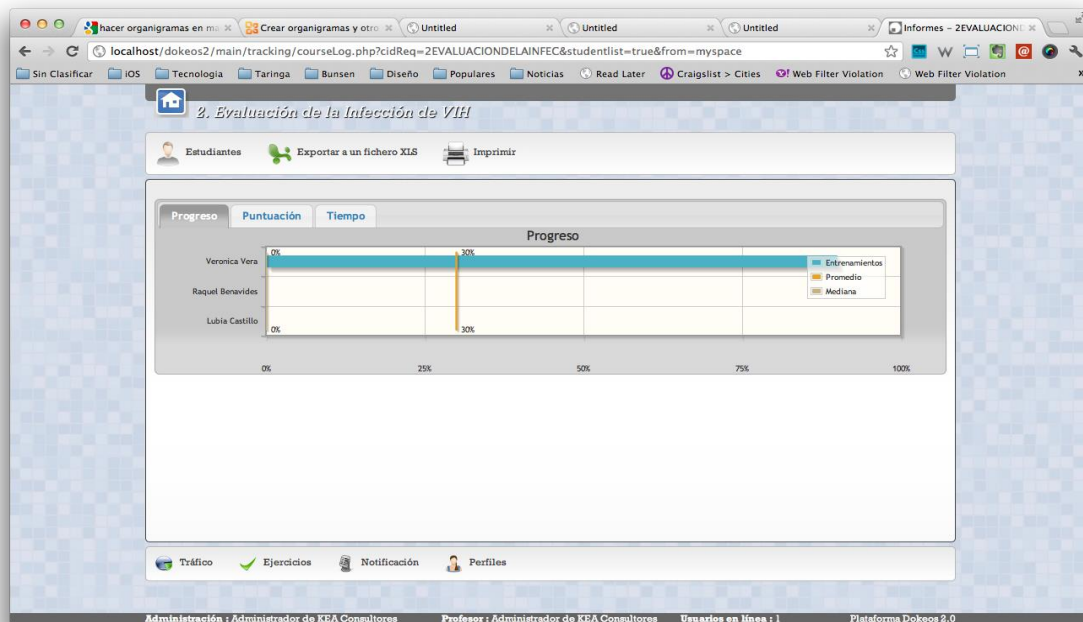
Página principal | Mis cursos | Mi agenda | Evaluaciones | Informes | Red social | Administración de la plataforma | Salir (admin)

Informes | Cursos | Sesiones | Exportar a un fichero XLS | Imprimir

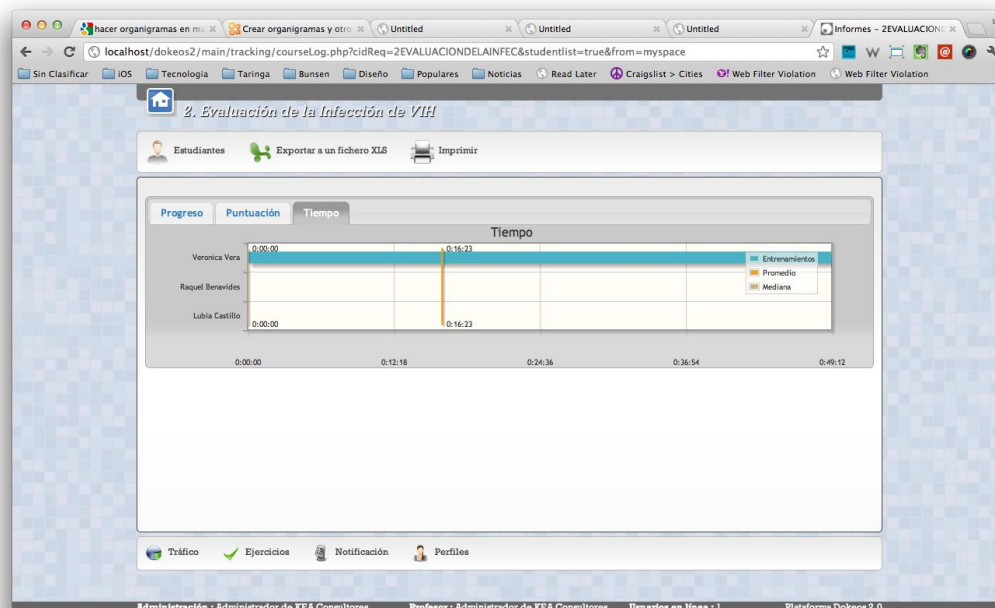
TÍTULO DEL CURSO	NÚMERO DE ALUMNOS	TIEMPO	PROGRESO	PUNTAJACIÓN EN LAS LECCIONES	PUNTAJACIÓN EN LOS MENSAJES POR ALUMNO	TAREAS POR ALUMNO	DETALLES
2. Evaluación de la Infección de VIH	3	0:42:28	30%	0%	0%	0	▶
4. Elementos que fortalecen la inteligencia emocional	0	-	-	-	-	-	▶
5. Habilidades Sociales	0	-	-	-	-	-	▶
3. Evaluación de la Infección de VIH	0	-	-	-	-	-	▶
3. Seguridad Emocional	0	-	-	-	-	-	▶
7. Valoríndome	0	-	-	-	-	-	▶

Responsable : Administrador de KEA Consultores Usuarios en línea : 1 Plataforma Dokeos 2.0

Paso 4: Dar click en **Detalles**, este apartado muestra el avance por alumno en %, además indica el **Progreso** y el **Tiempo**; la pestaña **Puntuación** no aplica.



Paso 5: Dar click en **Tiempo**, este apartado revela el tiempo en horas y minutos que el participante ha dedicado a la sesión.



Paso 6: Dar click en la pestaña **Estudiante**, en ella encontrará el **Código**, **Nombre del estudiante**, **Tiempo del curso**, **Progreso del curso**, **Mensajes en el foro**, Fecha del **primer acceso**, Fecha de la **última conexión** y **Detalles**.

CÓDIGO OFICIAL	NOMBRE APELLIDOS	TIEMPO EN EL CURSO	PROGRESO EN LA LECCIÓN	PUNTUACIÓN TAREAS	MENSAJES EN EL FORO	PRIMER ACCESO	ÚLTIMA CONEXIÓN	DETALLES
-	Lúbia Castillo	0:00:00	0%	-	0	0	-	-
-	Raquel Benavides	0:00:00	0%	-	0	0	-	-
-	Veronica Vera	0:49:10	90%	-	0	0	Mar 18, 2012	Mar 18, 2012

Paso 7: Entrar a la pestaña **Detalles**, encontrará un Kardex del alumno, que se integra por **Información** del alumno, **Lecciones** (actividades de la sesión), **Tiempo** dedicado a cada actividad, el **Progreso** en % por cada actividad y fecha de la **última conexión**.

The screenshot displays a web interface for a student's progress in a course titled "2. Evaluación de la Infección de VIH". The interface includes a navigation bar with links like "Imprimir", "Exportar a un fichero CSV", "Enviar correo", and "Detalles de acceso". Below this, there are two main sections: "INFORMACIÓN" and "INFORMES".

INFORMACIÓN:

- Nombre: Veronica Vera
- Correo electrónico: veronica@mail.com
- Teléfono: 12345678
- Código oficial: No Código oficial
- En línea: No

INFORMES:

- Primer acceso: Mar 15, 2012
- Última conexión: Mar 15, 2012
- Tiempo de permanencia en el curso: 0:49:10
- Progreso: 90%
- Puntuación: 0%

2. Evaluación de la Infección de VIH | Número de conexiones a este curso: 9 | Tutor: Administrador de KEA Consultores

LECCIONES	TIEMPO	PUNTUACIÓN	PROGRESO	ÚLTIMA CONEXIÓN	DETALLES
A) Sexualidad en la adolescencia	0:00:54	-	100%	15 Marzo 2012	
B) Conociendo el ciclo menstrual	0:01:21	-	100%	15 Marzo 2012	
C) Con riesgo o sin riesgo	0:00:49	-	100%	15 Marzo 2012	
D) Aprendiendo sobre sexo seguro	0:00:37	-	100%	15 Marzo 2012	
E) CLARA: Una Historia de Silencios	0:09:02	-	80%	15 Marzo 2012	

EJERCICIOS

EJERCICIOS	PUNTUACIÓN	ÚLTIMO INTENTO	INTENTOS	CORREGIR ESTE EJERCICIO
CLARA: Una Historia de Silencios	/		0	

OTRAS HERRAMIENTAS

Tareas	0
Mensajes en el foro	0
Enlaces visitados	0
Documentos descargados	19
Última conexión al chat	

At the bottom of the page, there is a status bar with the following information: Responsable: Administrador de KEA Consultores, Profesor: Administrador de KEA Consultores, Usuarios en línea: 1, Plataforma Dokeos 2.0.

Conclusiones

Diversos estudios sobre intervenciones han demostrado la efectividad del uso del internet. Sugieren que las intervenciones basadas en la Web comparadas con las intervenciones no basadas en la web muestran mejor resultado en el individuo al lograr conocimiento específico, cambios de comportamiento en las variables estudiadas y el mantenimiento del comportamiento en forma efectiva a los 18 meses posterior a la intervención, el efecto tiende a mantenerse con el tiempo. Aunado a que las intervenciones que incluyen refuerzos han demostrado ser más efectivas, superan el tiempo, la movilidad y la geografía (Bennett & Glasgow, 2009; Griffiths, Lindenmeyer, Powell, Lowe, & Thorogood, 2006; Strecher, 2007; Wantlan, et. al. 2004) para beneficiar cada vez a más adolescentes y a través de la información que reciben, puedan disminuir el riesgo de infecciones de transmisión sexual como el VIH en su grupo poblacional.

El diseño de la página web y la plataforma educativa representa un medio innovador para proporcionar promoción de la salud a un mayor número de adolescentes, con sesiones interactivas de aprendizaje. Además, ofrece alternativas de los medios para implementar intervenciones en la prevención de conductas sexuales de riesgo en los adolescentes. Con los resultados que se obtengan de esta investigación obtendremos una mejor comprensión de cómo y bajo qué condiciones el ordenador conduce a resultados positivos para la salud en las intervenciones conductuales en línea para los adolescentes. Sin duda alguna, el uso del Internet representa una gran oportunidad que es necesario explorar en nuestro contexto y el futuro para la prevención del VIH.

Referencias

- Abraham, C. & Michie, S. (2008). A taxonomy of behavior change technique used in interventions. *Health Psychology*, 27(23), 379-387.
- Alvarez, L. (2010). Modelos psicológicos del cambio: De los modelos centrados en el individuo a los modelos psicosociales. *Psicología y Salud*, 20(1), 97-102.
- Bennett, G. G. & Glasgow, R. E. (2009). The delivery of public health interventions via the Internet: Actualizing their potential. *Annu. Rev. Public Health*, 30, 273-92.
- Catwell, L. & Sheikh, A. (2009). Evaluating eHealth interventions: the need for continuous systemic evaluation. *PLoS Med*, 6(8), e1000126.
- Conn, V. S. (2010). Internet-based interventions to change health behaviors. *West J Nurs Res*, 32(1), 3-4.
- Del Hoyo, B. E. (2007). *E-health reference framework for personalised information provision to promote sound lifestyles* (Tesis doctoral). Universidad Politécnica de Madrid, España.
- Fondo de las Naciones Unidas. (2004). *STIs: breaking the cycle of transmission*. Nueva York.

- Glanz, K., Rimer, B. K., & Lewis, F. M. (2002). *Health behavior and health education: Theory, research and practice* (3rd ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Griffiths, F., Lindenmeyer, A., Powell, J., Lowe, P., & Thorogood, M. (2006). Why are health care interventions delivered over the Internet? A systematic review of the published literature. *J Med Internet Res*, 23, 7(2), p. e10.
- Joint United Nations Program on HIV/AIDS [UNAIDS]. (2010). *Global report*. Recuperado de http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/20101123_globalreport_en.pdf
- Lesser, J., Koniak-Griffin, D., Huang, R., Takayanagi, S., & Cumberland, W. (2009). Parental protectiveness and unprotected sexual activity among Latino adolescent mothers and fathers. *AIDS Education and Prevention*, 22, 102-102.
- López, R. F. & Moreno, L. Y. (2000). Programa psicoeducativo de prevención del SIDA en adolescentes de Monterrey, México. Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Lustria, M. L., Cortese, J., Noar, S. M., & Glueckauf, R. L. (2009). Computer-tailored health interventions delivered over the Web: Review and analysis of key components. *Patient Educ Couns*, 74(2), 156-173.
- Melamud, A., Nasanovsky, J., Otero, P., Canosa, D., Enríquez, D., Köhler, C., et al. (2009). Usos de Internet en hogares con niños de entre 4 y 18 años. Control de los padres sobre este uso. Resultados de una encuesta nacional. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 107(1), 30-36.
- Noar, S. M., Black, H. G., & Pierce, L. B. (2009). Efficacy of computer technology-based HIV prevention interventions: a meta-analysis. *AIDS*, 23(1), 107-115.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) (2008). *Informe sobre la epidemia mundial del sida, 2008*. Recuperado de http://www.unaids.org/es/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008_Global_report.asp

- Planes, M., Gómez, A. B., Gras, M. E., Font-Mayolas, S., Cunill, M., & Aymerich, M. (2007). Influencia social y uso del preservativo en la prevención de la transmisión heterosexual del VIH. *Cuaderno de Medicina Psicomática y Psiquiatría de Enlace*, 82, 39-47.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA [ONUSIDA]. (2008). *Informe sobre la epidemia mundial de Sida 2008*. Recuperado de http://www.undp.org/cu/proyectos/VIHSIDA/JC1510_2008GlobalReport_es.pdf
- Steinhardt, M. & Dolbier, C. (2008). Evaluation of a resilience intervention to enhance coping strategies and protective factors and decrease symptomatology. *Journal of American Collage Health*, 56(4), 445-453.
- Strecher, V. (2007). Internet methods for delivering behavioral and health-related interventions (eHealth). *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 53-76.
- Suresh, K. (2011). Evidence based communication for health promotion: Indian lessons of last decade. *Indian J Public Health*, 55(4), 276-285.
- Swartz, L. H., Sherman, C. A., Harvey, S. M., Blanchard, J., Vawter, F., & Gau, J. (2011). Midlife women online: evaluation of an internet-based program to prevent unintended pregnancy & STIs. *Journal of Women & Aging*, 23(4), 342-359.
- Wantlan, D. J., Portillo, C. J., Holzemer, W. L., Slaughter, R. & McGhee, E. M. (2004). The effectiveness of Web-Based vs. non Web-Based interventions: A meta-analysis of behavioral change outcomes. Recuperado de <http://www.jmir.org/2004/4/e40>
- Webb, T. L., Joseph, J., Yardley, L., & Michie, S. (2010). Using the internet to promote health behavior change: A systematic review and meta-analysis of the impact of theoretical basis, use of behavior change techniques, and mode of delivery on efficacy. *Journal of Medical Internet Research*, 12(1), e4. Recuperado de <http://www.jmir.org/2010/1/e4/>

CAPÍTULO XI. - COMUNICACIÓN SEXUAL DE PADRES A HIJOS: TEORIA DE LA ACCION RAZONADA Y CONDUCTA PLANEADA

Aracely Márquez Vega

Raquel A. Benavides Torres

Esther C. Gallegos Cabriales

Blanca Idalia Montoya Flores

Georgina Mayela Núñez Rocha

Universidad Autónoma de Nuevo León

Resumen

La Teoría de la Acción Razonada (TAR) ha probado su validez y utilidad para explicar las conductas de salud (Ajzen, 1991). La teoría plantea que los comportamientos están bajo el control de la persona, siendo la persona un ser racional que procesa la información utilizándola de manera estructurada con el fin de evaluar y tomar decisiones. La conducta está determinada por un proceso de pensamiento lógico que se denomina intención. La intención del sujeto para realizar una conducta en particular se logra como resultado de la interrelación entre las creencias conductuales y normativas. Ajzen y Fishbein (1988) expandieron los conceptos y relaciones de la TAR y propusieron la Teoría de la Conducta Planeada (TCP), en esta extensión se introduce otra creencia, denominada creencia de control, la cual se describe como la percepción de factores que pueden facilitar o impedir el desempeño de un comportamiento.

En el presente capítulo se presenta primeramente una revisión de literatura para cada uno de los conceptos representados en el esquema de relación de conceptos, mismos que se utilizaron como base para explicar cómo se da la comunicación sexual de padres a hijos adolescentes a través de la Teoría de la Acción Razonada (TAR) y de la Conducta Planeada (TCP) de Fishbein y Ajzen (1975; 1980; 1988; 1991).

Revisión de Literatura sobre la Relación de Conceptos de TAR-CP para la Comunicación Sexual de Padres a Hijos

Actitudes acerca de la comunicación sexual. Ramírez, González, Cavazos y Ríos (2006) realizaron un estudio para conocer las actitudes de los padres respecto a la sexualidad y las medidas preventivas para ITS y VIH/SIDA de los hijos(as). Se aplicó una encuesta a 1,584 padres de familia con hijos adolescentes en 97 diferentes escuelas secundarias del área metropolitana de Monterrey, N.L. En los resultados se muestra que la mayoría de los padres (96.2%) estuvieron de acuerdo en la necesidad de educación sexual de sus hijos, menos de la mitad de los padres hablaron con ellos de tópicos con contenido sexual y la mayoría de los padres (75.3%) opinaron que el hablar del uso del condón con sus hijos(as) los predispone a tener relaciones sexuales.

Guilamo-Ramos, Jaccard, Dittus, Bouris y Holloway (2007) realizaron un estudio sobre la experiencia, confiabilidad y accesibilidad percibida por padres y adolescentes en la comunicarse sobre CRS. Se estudió a 668 diadas de madres y adolescentes en barrios económicamente desfavorecidos de Nueva York. Se realizó un análisis de sendero, en el cual se mostró que la expertéz y confiabilidad percibida presentó un efecto en la comunicación sobre las consecuencias sociales y morales de la conducta sexual (path coefficient = .61, $p < .01$). No se mostró una relación significativa entre la accesibilidad y la comunicación sexual.

Pluhar, Dilorio y McCarty (2008) evaluaron la relación de las características personales, conocimientos, creencias, las interacciones y las relaciones familiares con la comunicación madre-hijo sobre temas de sexo. La muestra fue de 298 madres afroamericanas de nivel medio y bajo. Los resultados indicaron que entre mejores sean las expectativas de resultados positivos, mayor será la comunicación acerca de sexo ($r = .43$, $p < .001$). Asimismo, los padres mencionaron sentirse muy confortables para hablar con sus hijos sobre temas sexuales (52.4%).

Benavides (2007) en su estudio con 756 adolescentes latinos de 14 a 17 años y uno de sus padres, desarrolló un modelo de interacción de los padres y los adolescentes. La autora reporta que las actitudes se relacionaron positivamente con la comunicación acerca

de sexo ($r = .40$, $p < .001$) y con la comodidad para comunicarse sobre temas de sexo ($r = .36$, $p < .001$). Se reportó que estas son significativamente diferentes de acuerdo al sexo del hijo ($F = 4.41$, $p < .05$). Y por medio de un modelo de ecuaciones estructurales, determinó que las actitudes y el control percibido de la conducta, en conjunto predicen la comunicación acerca de sexo entre padres y adolescentes ($X^2(15) = 27.28$, $p = .03$).

Por lo anterior, se puede concluir que las actitudes negativas que con mayor frecuencia se presentan en los padres acerca de la comunicación sexual; son la vergüenza, la idea de que sus hijos no los van a escuchar y que el platicar con ellos acerca de sexualidad los motiva a tener relaciones sexuales. También existe evidencia de que las actitudes se relacionan con variables individuales (el sexo del adolescente) y factores internos (comodidad para comunicarse sobre temas sexuales). Aunque no se encontraron estudios que mostraran una relación con las intenciones, la mayoría de los estudios refieren que las actitudes influyen en la comunicación sexual de padres a hijos.

Norma subjetiva para la comunicación sexual. Gale et al. (2007) realizaron un estudio en una muestra de 281 adolescentes y sus madres, en donde encontraron que la percepción materna de las normas sociales acerca de los roles del hombre y la mujer tienen un efecto negativo en la comunicación acerca de temas de sexo ($B = -.14$, $p < .01$). En otras palabras, si las madres perciben que no es bien aceptado por la sociedad que se platique sobre sexo con su hijo(a) es menos probable que lo hagan.

Ketchen et al. (2005) estudiaron las creencias tradicionales sobre el género como factores relacionados con la comunicación de padres a hijos sobre temas sexuales. Se analizaron 1,060 pre-adolescentes afroamericanos y sus madres. Los resultados mostraron que las madres hablan con más frecuencia con sus hijas que con sus hijos sobre educación sexual ($B = .31$, $p < .01$) y reducción de riesgo sexual ($B = .10$, $p < .01$). Así mismo, se reportó que las madres con mayores creencias tradicionales en cuanto al género tienen menor disposición para hablar con sus hijos(as) sobre reducción del riesgo sexual ($B = -.11$, $p < .01$).

Jerman y Constantine (2010) estudiaron los precursores demográficos y psicosociales de la comunicación sobre temas de sexo entre padres e hijos en una muestra

de 907 padres y sus hijos adolescentes. Encontraron que más del 70% de los padres perciben dificultades como vergüenza para comunicarse sobre temas sexuales y piensan que sus hijos no los escucharán. En el análisis de regresión jerárquica, reportan que estas dificultades percibidas tienen un efecto inverso y moderado sobre la cantidad de la comunicación para discutir sobre tópicos sexuales ($B = -.34, p < .05$). Madres con mayores creencias respecto a las normas de género se comunican y educan más a sus hijas sobre temas de sexo ($B = .67, p < .001$), a diferencia de lo reportado para sus hijos ya que no se encontraron resultados significativos ($B = .09, p = .61$).

Davis, Blitstein, Evans y Kamyab (2010) realizaron un estudio para examinar la relación que existe entre las cogniciones y la comunicación acerca de sexo de 1,969 padres. Los resultados obtenidos muestran que la norma social acerca de la edad apropiada para iniciar la vida sexual se asoció con las recomendaciones hechas por las madres ($OR = 1.21, p = .02$) y por los padres ($OR = 1.15, p = .03$) a sus hijos para que esperaran a ser mayores para tener sexo.

Martino, Elliott, Corona, Kanouse y Schuster (2008) realizaron un estudio en 312 adolescentes y sus padres con la finalidad de evaluar la influencia de la extensión y repetición en sus discusiones sobre sexualidad. Los autores reportan que aquellos padres que percibieron tener mejor relación con sus hijos tienen mayor probabilidad de discutir mayores temas de sexo con menor repetición ($B = .51, p < .001$).

De acuerdo a lo anterior, se puede concluir que la norma subjetiva influye en cuanto al papel que tiene el hombre y la mujer dentro de la sociedad e influye en la comunicación sexual de los padres con sus hijos(as) adolescentes. Asimismo, las normas sociales acerca de la edad apropiada para el inicio de las relaciones sexuales y la percepción de una buena relación con sus hijos(as) adolescentes predijeron la comunicación sobre tópicos sexuales.

Control percibido de la comunicación sexual. Lehr, Demi, Dilorio y Factiveau (2005), examinaron los predictores de comunicación de padres a hijos en temas sexuales en una muestra de 155 padres de adolescentes. A continuación se presentan los promedios (rango: 1-5) reportados por los padres sobre su capacidad percibida para compartir información con sus hijos en lo siguiente: cómo se transmite el SIDA (Media= 2.98, DE = 1.51), cómo se

transmiten las ITS (Media = 2.91, DE = 1.30), prevención de embarazo (Media = 2.73, DE = 1.34) y uso de condón durante el sexo (Media = 2.62, DE = 1.44). La media total para autoeficacia para comunicarse sobre temas de sexo fue de 4.20 (DE = .69).

Dilorio, McCarty y Denzmore (2006) estudiaron el efecto de una intervención sobre comunicación en temas de sexo de padres a hijos que estaba mediada por la variable social cognitiva de autoeficacia en 277 padres. Los resultados mostraron que la comunicación sobre temas sexuales se relacionó positivamente con la autoeficacia ($r = .33$, $p < .001$).

Pluhar, Dilorio y McCarty (2008) realizaron un estudio con 298 madres de adolescentes y mostraron que la comunicación madre-hijo(a) sobre temas de sexo se relacionó con las creencias de control ($r = .41$, $p < .001$). Asimismo, reportaron que no existe relación de ésta con la edad de la madre y el nivel socioeconómico.

Dilorio et al. (2001) midieron la autoeficacia de los padres y su asociación con la comunicación acerca de temas sexuales con los hijos adolescentes, en población afroamericana. Los resultados mostraron que la autoeficacia en comunicación general se relacionó con discutir temas de sexo con sus hijos de ambos géneros ($r = .33$, $p < .001$). En la prueba t para comparación de medias, las madres de hijas expresaron un nivel más alto de autoeficacia para hablar de tópicos sexuales que las madres de varones ($t = 3.43$, $p < .001$).

Los estudios muestran que los padres se percibieron capaces para compartir información con sus hijos sobre VIH/SIDA, ITS, prevención de embarazo, uso de condón durante el sexo. Por lo anterior, se concluye que el control percibido de la comunicación sexual se relaciona positivamente con la comunicación sobre temas sexuales independientemente del género del hijo. Respecto a la edad de la madre y el nivel socioeconómico no se encontró relación entre estas y las creencias de control para la comunicación sexual.

Intención de comunicación sexual. Tanner, Carlson, Raymond y Hopkins (2008) realizaron un estudio para probar un modelo sobre la orientación paterna a varios niveles y su influencia en las intenciones para comunicarse con sus hijos acerca de sexo en 146

padres de adolescentes entre 12 y 16 años. Los autores encontraron que padres afectivos y con actitudes positivas tienen mayores intenciones de comunicarse con sus hijos acerca de sexo ($\beta = .35$, $p < .05$); donde el modelo mostró un ajuste aceptable ($X^2 = 92.27$, $p < .001$, CFI = .93, Medida de Ajuste del Error de Aproximación de la Media Cuadrática [RMSEA, por sus siglas en inglés] = .53).

Miranda, Benavides y Salas (2010), realizaron un modelo de comunicación sexual en padres de adolescentes para identificar la relación entre las creencias conductuales, la presión social y norma subjetiva con las intenciones y comunicación sexual en 115 padres de comunidades de nivel socio-económico bajo. Los resultados muestran que las creencias normativas ($\beta = .50$, $p < .01$) y de control ($\beta = .27$, $p < .01$) se relacionaron con las intenciones de comunicación sexual, mientras que las creencias conductuales no mostraron una relación significativa ($\beta = .10$, $p > .01$). El modelo de regresión muestra que estas tres variables explican 35% de la variabilidad en las intenciones sexuales. Al igual que en el modelo anterior las variables que predijeron la comunicación sexual fueron las creencias normativas ($\beta = .38$, $p < .01$) y de control percibido de la conducta ($\beta = .59$, $p < .01$), pero no las creencias conductuales ($\beta = .11$). Estas tres variables explican 35% de la variabilidad en la comunicación sexual. Asimismo las intenciones mostraron un coeficiente de regresión alto y significativo con la comunicación sexual ($\beta = .62$, $p < .01$).

Por lo anterior se concluye que las actitudes, norma subjetiva y control percibido de los padres se relacionan con las intenciones de comunicación sexual. Estas últimas a su vez junto con la intención predicen la comunicación sexual entre padres e hijos.

Conocimiento sobre temas sexuales. Ramírez, González, Cavazos y Ríos (2006), realizaron un estudio acerca de las medidas preventivas para VIH/SIDA e ITS en 1,584 padres de familia con hijos adolescentes del área metropolitana de Monterrey, N.L. Los resultados mostraron que los padres refirieron que se les dificultó hablar de sexualidad con sus hijos debido a la falta de conocimiento o eficacia (33.3%), pena o vergüenza (28.9%), edad inapropiada (10.4%) o hijo del sexo opuesto (5.9%).

Lehr, Demi, Dilorio y Factiveau (2005), examinaron los predictores de conocimiento y comunicación de padres a hijos sobre temas sexuales, en una muestra de 155 padres de

adolescentes en población estadounidense. Los autores reportaron que el conocimiento sobre SIDA y sexo seguro se relacionó con la educación del padre ($r = .18$; $p < .05$).

Se concluye que los padres refieren dificultad para comunicarse con sus hijos sobre temas sexuales, así como la educación tiene una relación con el conocimiento de los padres sobre VIH/SIDA y sexo seguro.

Comodidad para comunicarse sobre temas de sexuales. Dilorio, Kelley y Hockenberry-Eaton (1999), realizaron un estudio para identificar el contenido, características y nivel de comodidad para hablar sobre temas sexuales en 382 madres e hijos(as) adolescentes de 13 a 15 años de nivel socioeconómico bajo. Los resultados mostraron que los adolescentes varones eran más propensos que las mujeres para hablar sobre temas sexuales con sus padres. Por otra parte las madres reportaron sentirse más cómodas hablando de temas de sexo.

Klein et al. (2005), realizaron un programa de educación sexual en 174 padres con la finalidad de mejorar la comunicación sobre sexualidad con sus hijos, los resultados mostraron que posterior al programa los padres refirieron que es muy importante hablar con sus hijos sobre sexualidad (75% vs 83%, $p < .01$). Así mismo, los padres reportaron sentirse muy cómodos al responder las preguntas de sus hijos sobre temas de sexo.

Se concluye que los padres y madres de adolescentes que reportan que es importante comunicarse sobre temas sexuales con sus hijos(as), sin embargo, se aprecia que éstos se sienten más cómodos al platicar con sus hijos del mismo género.

Conducta: Comunicación sexual de padres a hijos. Miller, Kotchick, Dorsey, Forehandand y Ham (1998) exploraron la franqueza de comunicación con los padres y los adolescentes sobre temas de sexualidad y diferencias por género en población estadounidense. Los resultados demostraron que los adolescentes en general hablaron más con sus madres que con sus padres ($p < .05$), se reportó que la madre tenía mayor probabilidad de hablar con sus hijas que con sus hijos adolescentes ($p < .01$) y para los adolescentes varones hubo mayor probabilidad de hablar sobre temas de sexualidad con el padre que las adolescentes mujeres ($p < .01$).

Dilorio, Dudley, Terry y Wasserman (2001), estudiaron la asociación de las creencias con la comunicación sobre temas de sexo de padres a hijos en madres afroamericanas, los resultados mostraron que las creencias se relacionaron con la comunicación sobre temas sexuales ($r = .32$, $p < .001$).

Somers y Paulson (2000), estudiaron la comunicación sobre sexualidad de padres y madres con sus hijos(as) adolescentes en población estadounidense. Los hallazgos mostraron que la media de comunicación fue más alta en las madres ($M = 46.34$, $DE = 17.33$) que en los padres ($M = 31.20$, $DE = 12.76$).

Se puede concluir que la comunicación sexual de padres a hijos(as) se relaciona con las creencias. Las madres reportan tener mayor comunicación sobre temas de sexo que los padres y que este tipo de comunicación es más frecuente con sus hijos del mismo género.

La Teoría de la Acción Razonada y la Conducta Planeada. La Teoría de la Acción Razonada (TAR) ha probado su validez y utilidad para explicar las conductas de salud, además se ha utilizado para fundamentar intervenciones que modifican conductas en salud (Ajzen, 1991). Esta teoría es aplicable, para explicar cómo se da la comunicación sexual de padres a hijos.

La TAR de Fishbein y Ajzen (1980) plantea que los comportamientos están bajo el control de la persona, debido a que el ser humano es un ser racional que procesa la información utilizándola de manera estructurada con el fin de evaluar y tomar decisiones. En otras palabras, la conducta está determinada por un proceso de pensamiento lógico que se denomina intención. A su vez, la intención del sujeto para realizar una conducta en particular se logra como resultado de la interrelación entre las creencias conductuales y normativas. Por lo que a continuación se da una breve descripción de cómo se forman las creencias.

Creencias. Las creencias se refieren a juicios subjetivos de la relación entre el objeto de creencia, otros objetos, valores, conceptos o atributos que hacen las personas para entenderse a sí mismas y el ambiente que las rodea. Una fuente de información de esta relación es la observación directa. Estas experiencias directas con el objeto dan como

resultado la formación de creencias descriptivas. Existen también otras creencias, llamadas creencias inferenciales, las cuales van más allá de una relación directa observable. La diferencia entre estos dos tipos de creencias es que la primera tiene que ver con la adquisición de nueva información y la otra con el procesamiento de información. Por lo tanto, una persona forma sus creencias sobre un objeto a partir de la observación directa y de la información recibida de fuentes externas. De esta forma el ser humano es concebido como un ser racional que usa la información disponible para emitir juicios que lo llevan a la toma de decisiones. Estas creencias de la persona sirven como información base que determina sus actitudes, intenciones y conductas.

Actitudes. De acuerdo a lo anterior, la actitud de una persona hacia un objeto se basa en sus creencias conductuales, las cuales son de índole individual y se refieren a la probabilidad subjetiva de que el comportamiento va a producir un resultado favorable o desfavorable. La actitud de una persona influye en la manera que ejecuta una acción y esta se relaciona con la creencia de que cierta conducta puede conducir a ciertas consecuencias. De acuerdo a esto, la actitud es vista como el mayor determinante de la intención para desempeñar la conducta en cuestión. Se puede decir que la creencia del padre acerca de tener un resultado favorable o desfavorable en la comunicación de temas sexuales con sus hijos(as) adolescentes tal como la prevención de embarazos no deseados, ITS y VIH/SIDA incrementarán o disminuirán las intenciones de hablar con sus hijos(as) sobre métodos anticonceptivos o condones.

Norma Subjetiva. Otra creencia relevante para que se dé una intención conductual es la creencia de naturaleza normativa, la cual se refiere a la percepción de la persona sobre la aprobación de referentes importantes (otros individuos o grupos) acerca de una conducta determinada; estas creencias son de índole social. El componente normativo requiere que se establezca una relación entre la base de información y sus componentes específicos y que se examine sus efectos. De acuerdo a esto, la persona podría o no estar motivada si recibe la presión normativa de un referente. La interrelación entre las creencias normativas y esta motivación, se denomina norma subjetiva. En otras palabras, los padres tendrán mayor comunicación sobre temas sexuales con sus hijos(as) adolescentes si creen que otros, como la familia, sus hijos(as) o la iglesia, aprueban que lo hagan. De acuerdo a esto, la intención

tiene dos precursores que la explican: uno de índole individual que es la actitud hacia la conducta y otro social llamado norma subjetiva (Ajzen 1988; Fisbein y Ajzen, 1975).

Control Percibido de la Conducta. Ajzen y Fishbein (1988) expandieron los conceptos y relaciones anteriormente mencionados de la Teoría de la Acción Razonada y propusieron la Teoría de la Conducta Planeada. En esta extensión, se introduce otra creencia, denominada creencia de control, la cual se describe como la percepción de factores que pueden facilitar o impedir el desempeño de un comportamiento. Los autores asumen que estas creencias, en combinación con el poder percibido en los factores a controlar, determinan el control percibido de la conducta. En otras palabras, el poder que la persona percibe sobre los factores que impiden o facilitan la realización de una conducta contribuye a la percepción de control conductual. Cabe destacar que lo anterior debe estar en proporción directa con la probabilidad subjetiva de que el factor en control está presente. Por lo que el control percibido de la conducta es la percepción de la persona acerca de su capacidad para llevar a cabo un comportamiento determinado. A diferencia de las otras dos creencias, solo el control percibido conductual puede predecir directa o indirectamente la intención y/o la conducta. En base a esto, se dice que los padres hablarán con sus hijos(as) sobre temas de sexo si creen que tienen la capacidad necesaria para ello.

Factores Internos. Ajzen (1988) analizó varios factores que pueden influenciar el grado de control que una persona tiene sobre una conducta dada. Menciona que existen factores internos como la información, las habilidades, las capacidades y las emociones. Los factores internos son elementos que dependen del individuo y pueden facilitar o dificultar el control sobre cierta conducta. Los factores internos que influyen para que se de la comunicación entre padres e hijos(as) son el conocimiento sobre temas sexuales y la comodidad para comunicar temas sexuales. En seguida se describen estos factores.

Achterbergh y Vriens (2002) refieren que el conocimiento es un proceso dinámico, consciente y fundamentado que antecede la toma de decisiones y la conducta de los individuos. El conocimiento permite articular el posible curso de las acciones, juzgar si el curso de estas llevará al resultado planeado y utilizar estos juicios para seleccionar las acciones que se ejecutarán. Por su parte, Givaudan, Vijver y Poortinga (2005) definen el conocimiento como la información que incrementa el rango de alternativas de cursos de

acción que pueden ser considerados por una persona en una situación en particular. El conocimiento está directamente relacionado con el control percibido de la conducta. Estudios indican que los padres que perciben mayor habilidad y capacidad para hablar con sus hijos(as) sobre temas de sexo son aquellos que consideran que cuentan con los conocimientos necesarios para comunicarse sobre estos temas (Dilorio, McCarty y Denzmore, 2006; Lehr, Demi, Dilorio y Facticeau, 2005). Por lo tanto, el conocimiento de temas sexuales es la información con la que cuenta el padre acerca de los medios de transmisión de ITS/VIH-SIDA, la prevención de éstos y los embarazos no deseados.

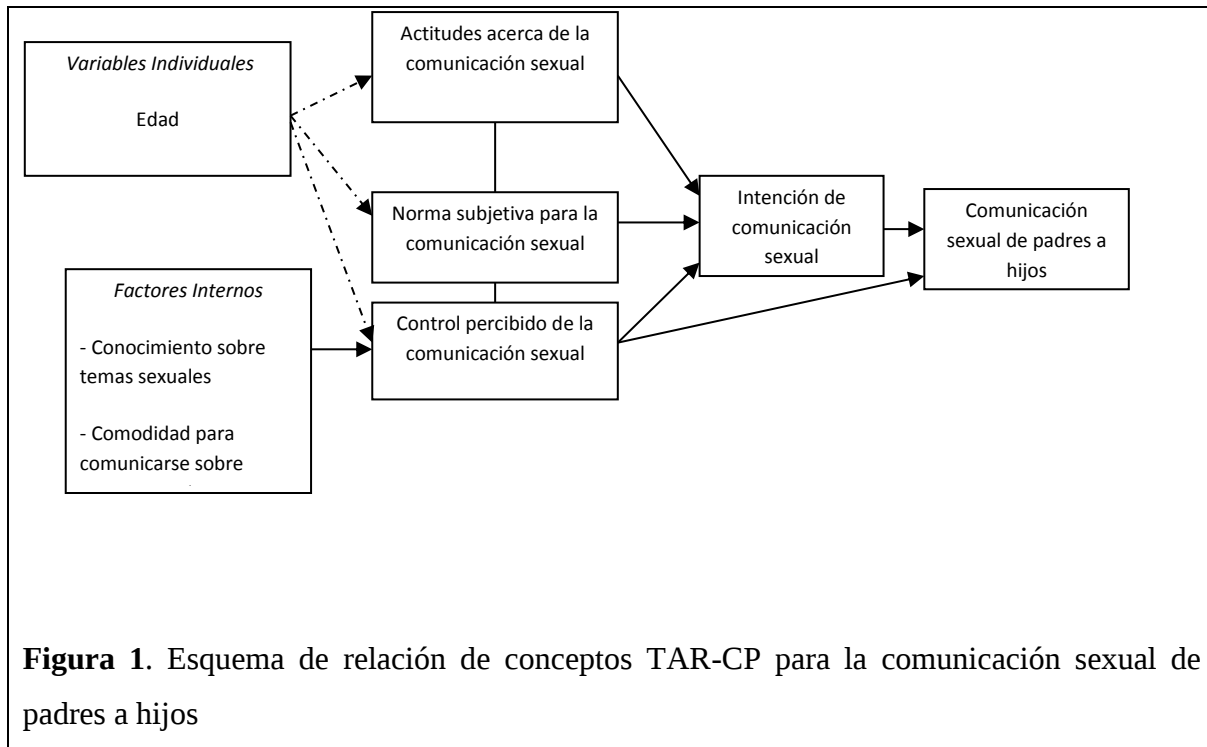
Del mismo modo, la comodidad se refiere a una sensación confortable o agradable que produce bienestar. Se ha encontrado una relación de esta variable con el control percibido de la conducta y con el conocimiento. Estudios de investigación han mostrado que los padres de adolescentes que perciben que cuentan con los conocimientos necesarios reportan sentirse más cómodos para hablar de sexo (Miller, Levin, Whitaker y Xu, 1998; Villarruel, Loveland, Gallegos, Ronis y Zhou, 2008). Villarruel et al. (2008) encontraron que existe una relación entre la creencia de control y la comodidad del padre para comunicarse sobre sexo. La comodidad para comunicarse sobre temas sexuales se conceptualiza como la sensación confortable que percibe el padre al compartir información con su hijo(a) adolescente sobre temas relacionados a la sexualidad tales como embarazos a edad temprana, ITS y VIH/SIDA.

Variables Individuales. Adicionalmente, la TAR establece que cualquier variable individual, como son las características socio-demográficas o personales (por ejemplo, el sexo, religión, escolaridad, el estímulo de la persona, etc.) puede influir sobre la intención a través de las actitudes, las normas subjetivas y el control percibido de la conducta. Sin embargo, existen estudios que muestran que el sexo y la escolaridad se relacionan directamente con la comunicación sobre temas sexuales (Lehr, Dilorio, Dudley y Lipana, 2000; Márquez y Duran, 2007; Somers y Paulson, 2000) por lo que es posible afirmar que variables individuales, como el sexo y la escolaridad se relacionan con las actitudes, la norma subjetiva, el control percibido de la conducta y la comunicación sobre temas sexuales; a su vez estas variables individuales influyen indirectamente en las intenciones de comunicación sexual.

Intención. La intención conductual se compone de cuatro elementos: la conducta, el objeto al que la conducta va dirigida, la situación en que la conducta se realiza (lugar) y el tiempo en que la conducta es ejecutada (Fisbein y Ajzen, 1975); todos estos elementos están en función de la conducta misma. En consecuencia el nivel más específico de las intenciones sería aquel en el que la persona se propone realizar una acción respecto a un objeto dado en un momento y situación específica. Por lo tanto, la intención es considerada como el predictor más próximo a la conducta y está determinada por las creencias de las personas.

Un individuo tendrá la intención de realizar una conducta dada cuando posea una actitud positiva hacia su propio desempeño en la misma, cuando crea que sus referentes sociales significativos piensan que debería llevarla a cabo y cuando considere que cuenta con las capacidades para realizarla (Fishbein, 1990). La intención de los padres para comunicarse con sus hijos(as) adolescentes sobre temas de sexo está determinada por las actitudes, norma subjetiva y el control percibido de la conducta; por lo tanto si los padres tienen la intención de comunicarse acerca de sexo es más probable que lo hagan.

Conducta. A su vez la conducta se define como la manifestación observable de un comportamiento específico y está determinada principalmente por la intención para llevar a cabo dicha conducta. La conducta que se espera que los padres es la comunicación sexual con sus hijos(as) adolescentes. De acuerdo a King (1992), la comunicación es el medio por el cual se transmite información en situaciones específicas para identificar intereses o problemas que permitan la adecuada toma de decisiones. La comunicación sobre temas sexuales se conceptualiza como el medio por el cual el padre o madre comparte información con su hijo(a) adolescente sobre cómo protegerse de embarazos a temprana edad, ITS y VIH/SIDA. Las relaciones de los conceptos se presentan en la figura 1.



La presente teoría se considera pertinente para explicar la relación de conceptos de la TAR-CP para la comunicación sexual teniendo en cuenta creencias actitudinales, normativas y de control que llevarán al padre a tener la intención de comunicación y esto lo llevará a la conducta de comunicación sexual de padres a hijos, así mismo se consideran variables individuales y factores internos que influyen para que se de la conducta deseada.

Referencias

- Achterbergh, Jan-Vriens & Dirk (2002). Managing viable knowledge. *Systems Research and Behavioral Science*. 19(3).
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1988). From intentions to actions. En I. Ajzen (ed.) *Attitudes, personality and behavior*. Chicago: The Dorsey Press.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Londres: Prentice Hall International.

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Benavides, R. (2007). An interaction model of parents and adolescents influences on Mexican adolescents intentions for contraception and condom use. University of Texas at Austin.
- Davis, K.C. Blitstein, J. L. Evans, W.D. Kamyab, K. (2010). Impact of a parent-child sexual communication camping: results from a controlled efficacy trial of parents. *Public Health Policy Research Program*, 7-17.
- Dilorio, C., Dudley, W. N., Terry, W. D., Wasserman, J., Eichler, M., Belcher, L. & West-Edwards, C. (2001). Measurement of parenting self-efficacy and outcome expectancy related to discussions about sex. *Journal of Nursing Measurement*. 9(2); 135-149.
- Dilorio, C., Kelley, M. & Hocknberry-Eaton, M. (1999). Communication about sexual issues: mothers, fathers, and friends. *Journal of adolescent health*, 24, 181-189.
- Fishbein, M. (1990). AIDS and behavior change: An analysis based on the theory of reasoned action. *Interamerican Journal of Psychology*, 24, 37-56.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Massachusetts: Addison-Wesley.
- Gale, L., Forehand, R., Miller, K., Whitaker, D., Long, N. & Armistead, L. (2007). Are parental gender role beliefs a predictor of change in sexual communication in a prevention program? *Behavior Modification*, 31, 435-453.
- Givaudan, M., Poortinga, Y.H. & Van de Vijver, F. (2005). Identifying precursors of safer-sex practices in Mexican adolescents with and without sexual experience: An exploratory model. *Journal of Applied Social Psychology*, 35, 1089-1109.
- Guilamo-Ramos, V., Jaccard, J., Dittus, P., Bouris, A., & Holloway, I (2007).

- Adolescent expectancies, parent-adolescent communication, and intentions to have sexual intercourse among inner city middle school youth. *Annals of behavioral Medicine*, 34(1), 56-66.
- Jerman, P. & Constantine, N. (2010). Demographic and Psychological Predictors of Parent-Adolescent Communication About Sex: A Representative Statewide Analysis. *Youth Adolescence*, 36, 1164-1174. DOI:10.1007/s10964-010-9546-1.
- Ketchen, B., Linder, G., Armistead, L., Austin, B., Forehand, R., Miller, K.S., & Long, N. (2005). Mother-child Communications about sex: associations with gender role beliefs and child gender. *Natl HIV Prev Conf*. 12-15.
- Klein, J.D., Sabaratnam, P., Pazos, B., Matos, M., Graff, C. & Brach, M. (2005). Evaluation of the parents as primary sexuality educators program. *Society for Adolescent Medicine*, 37(3), 94-99.
- King, I. M. (1992). *Enfermería como profesión: Filosofía, principios y objetivos*. Ed. Limusa.
- Lehr S. T., Demi A. S., Dilorio, C. & Facticeau J. (2005). Predictors of fathers-son communication about sexuality. *The Journal of Sex Research*. New York. 42(2); 119-129
- Lehr, S. T., Dilorio, C., Dudley, W. N. & Lipana, J. A. (2000). The relationship between parent adolescent communication and safer sex behaviors in college students. *Journal of family nursing*. 6; 1-16
- Márquez, MA. & Duran, MR. (2007). Autoeficacia en comunicación de padres a hijos sobre temas de sexo. *Desarrollo Científico de Enfermería*, 15, 12-15.
- Martino, S.C., Elliott, M.N., Corona, R., Kanouse, D.E. & Schster, M.A. (2008). Beyond the “Big Talk”: The roles of breadth and repetition in parent-adolescent communication about sexual topics. *Pediatrics*, 121, 12-18.

- Miller, K.S., Levin, M. L., Whitaker, D. J. & Xu, X. (1998). Patterns of condom use among adolescents: The impact of mother-adolescent communication. *American Journal of Public Health*, 88, 1542-1544.
- Miller, B. K., Kotchick, B. A., Dorsey, S., Forehanddand, R. & Ham, A.Y. (1998). Family communication about sex: What are parents saying and are their adolescents listering. *Family Playing Perspectives*, 30(5); 218–222.
- Miranda, Benavides y Salas (2010). Modelo de comunicación sexual en padres de adolescentes de comunidades marginadas de Monterrey, N. L. Primer congreso de posgrado en enfermería.
- Pluhar, E., Dilorio, C. & McCarty, F. (2008). Communication about sexuality between African-American mothers and their children ages 12-16.
- Ramírez, J.M., González, J.M., Cavazos, J.J. & Ríos, T. (2006). Actitudes de los padres sobre sexualidad en sus hijos, valores y medidas preventivas de SIDA. *Rev Salud Pública y Nutrición*, 7(1).
- Somers, Ch. L. & Paulson, S. E. (2000). Students' perception of parent adolescent closeness and communication about sexuality: relation with sexual knowledge, attitudes and behaviours. *Journal of Adolescent*, 23, 629–644.
- Tanner, J.F., Carson, L.A., Raymond, M.A., Hopkins, C. D. (2008). Reaching parents to prevent adolescent risky behaviour: Examining the effects of treat portrayal and parenting orientation on parental participation percepcion. *Journal of Public Policy & Marketing*. 27.
- Villarruel, A. M., Loveland, C., Gallegos, E. C., Ronis, D. L. & Zhou, Y. (2008). A parent-adolescent intervention to increase sexual risk Communications: results of a randomized controlled trial. *AIDS Education and Prevention*, 20(5), 371-383.

CAPÍTULO XII.-EL APRENDIZAJE INTERPERSONAL COMO INSTRUMENTO PARA LA INTERVENCIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Cosme Francisco Maldonado Rivera
Universidad Autónoma de Durango

Resumen

La facilitación de experiencias grupales es una de las habilidades básicas a desarrollar en los profesionales de la psicología. En la FPyTCH UJED esto se aborda principalmente a través de experiencias de aproximación a la práctica psicológica. Este escrito propone un modelo de trabajo mediante el cual el estudiante es dotado de habilidades básicas que le permitan posteriormente diseñar desde dinámicas individuales hasta talleres o programas completos de intervención grupal. Esto se logra mediante la técnica de los Círculos de Aprendizaje Interpersonal (CAI) más conocida como “círculo mágico”, que es una estrategia que no exige de un entrenamiento muy extenso para que el futuro profesional lo pueda dominar con eficacia en pocas horas de entrenamiento.

Introducción

La práctica de la psicología requiere del profesional el dominio de técnicas que le permitan intervenir en los distintos ámbitos de desempeño. Por ello en la Facultad de Psicología y Terapia de la Comunicación Humana de la UJED se ha diseñado un plan de estudios que lleva al joven en formación a aproximarse a las áreas de aplicación en una experiencia de observación y asimilación de la forma en que el psicólogo trabaja.

Esta estrategia de formación requiere de dar a los estudiantes herramientas que le permitan llevar a cabo intervenciones que al mismo tiempo le lleven a descubrir el potencial de su quehacer en la solución de problemas de la realidad psicológica de su comunidad y la naturaleza de esta problemática. Dado que los practicantes comienzan estas

prácticas guiadas en fases tempranas de su formación se requiere de una herramienta que al tiempo que sea efectiva no requiera de un largo periodo de entrenamiento para su dominio. Para ello en la unidad de aprendizaje denominada Integración Profesional Clínica del quinto semestre de la carrera de psicología se ha diseñado un programa de estudios que incluye la realización de una intervención grupal en forma de taller a implementarse en la Clínica de la Facultad.

Tener a estudiantes en quinto semestre prestando un servicio, aún bajo la supervisión del instructor, implica una responsabilidad que requiere de entrenarlos para ello en las primeras seis semanas del curso. Un entrenamiento en técnicas terapéuticas es poco asequible dadas las limitaciones temporales, sin embargo existe una técnica que nos ha permitido mantener al mismo tiempo la oportunidad de formación para los futuros psicólogos y una atención de alta calidad para los consultantes en la Clínica de la Facultad en los talleres grupales.

Un Encuadre Filosófico: La Intervención Psicológica como un Proceso de Reaprendizaje

El enfoque médico y psiquiátrico clásico han visto a la persona con necesidades de terapia psicológica como alguien enfermo, en consecuencia, el psicoanálisis, surgido del trabajo de psiquiatras como Freud heredó el concepto de enfermedad mental, lo cual fue un progreso de la visión antigua de posesión demoníaca. Sin embargo, a raíz de la aparición de la visión del conductismo en la psicología se puso en consideración un concepto nuevo: la conducta de las personas es el resultado del aprendizaje, es decir: las conductas de las personas se van generando como el producto de los reforzamientos y castigos que en el transcurso mismo de la vida van recibiendo las acciones y reacciones individuales.

Como en apartados anteriores se mencionaba, el concepto que de la persona tiene el conductismo se concreta al estudio de un sistema que en su parte interna no se puede analizar y por lo tanto se ignora. Aunque el punto de vista del conductismo es a mi parecer reduccionista no por ello significa que se deba de ignorar, en especial dada la filosofía de la Gestalt en la que se considera importante incorporar elementos que le permitan tener una perspectiva más amplia del hombre, y citando a Kepner y Brien (en Fagan, 1976): “Tanto el

conductista como el fenomenólogo conciben al aprendizaje como un fenómeno regido por leyes que es posible descubrir.” En el mismo artículo, se refieren al trabajo en que Truax afirma:

“El hombre es a la vez un ser total y un conjunto de hábitos y conductas: el ser total del hombre puede concebirse como un producto de la interacción entre el sí mismo molar y los actos y los hábitos específicos que conforman el mosaico de la vida cotidiana” (Fagan, 1976).

La inclusión de conceptos conductistas en la Gestalt no es de ninguna manera un aspecto nuevo, las bases mismas de la técnica terapéutica son de índole conductual Perls (en Fagan 1976) afirma:

“Destacamos que en todo tipo de actividad, ya se trate de percepción sensorial, rememoración o desplazamiento físico nuestros puntos ciegos y rigideces son, en algún aspecto, conscientes; que no están enterrados en un inconsciente inaccesible. Es menester prestar más atención e interés a cualquier aspecto que sea efectivamente consciente de manera que tal figura borrosa se perfile y aclare contra su fondo. Al menos podemos ser conscientes de que hay un punto ciego, y, actuando alternativamente sobre lo que vemos o recordamos y sobre las manipulaciones musculares sobre las que nos engeguecemos, podemos diluir los bloqueos poco a poco, hasta llegar a la conciencia”.

En este párrafo es posible apreciar lo que Kepner y Brien (en Fagan 1976) afirman: “En el enfoque Gestáltico... ..el trabajo en el presente, en el aquí y el ahora, tiene como objeto producir conducta observable, más que instigar meramente a la persona a que hable sobre lo que piensa...”

El concepto de terapia como proceso de aprendizaje y reaprendizaje es algo que a mi parecer enriquece la labor del terapeuta permitiéndole ver más claramente al cliente no como un enfermo en busca de cura, sino como a una persona con conductas tales que le han llevado a tener una vida insatisfactoria y busca en la terapia un espacio en el cual pueda

aprender nuevas formas de comportarse que le redunden en una existencia más satisfactoria (Maldonado, 1994).

Hacia la Técnica Adecuada: El Aprendizaje Interpersonal

Una vez establecido el principio de equivalencia entre los procesos psicoterapéuticos y las experiencias de aprendizaje, discutamos la propuesta de Carl Rogers (1986) de un sistema de educación centrada en el que aprende, por principio de cuentas establece cuatro postulados:

No podemos enseñar a las personas, sólo facilitar las condiciones para que aprendan: Rogers establece lo que es el espíritu de las modernas teorías del aprendizaje constructivista. Es decir, el aprendizaje es un proceso activo, donde el que adquiere el conocimiento hace una selección de lo que asimila y lo que desecha.

Las personas aprenden sólo en la medida que las cosas sean para su propio desarrollo: La selección de lo que se aprende no se hace de forma arbitraria, sino que viene condicionada por el grado de significación que los aprendizajes posean para las personas.

Las personas tienden a resistirse a aprender si las cosas resultan amenazantes para su desarrollo o estabilidad: Esto es una consecuencia directa de lo anterior, si lo que se pretende enseñar resulta contradictorio con la experiencia directa y cotidiana de quien aprende entonces será rechazado por la disonancia que esto produce.

La situación que es más propicia para el aprendizaje es aquella que resulta menos amenazadora para el que aprende y facilita la contrastación de experiencias: Es decir, si queremos que surja la experiencia útil para el aprendizaje, esta debe darse en un clima armónico donde la persona pueda encontrar las formas para visualizar cómo lo que se le presenta tiene cabida en campo de su propia experiencia.

Para que esto pueda operarse propone una educación en que:

Se dé un clima de aceptación: Como ya se discutió en capítulos anteriores, la aceptación incondicional es el principio de la construcción de un ambiente

psicológicamente seguro para las personas. El condicionamiento a la aceptación del individuo es una amenaza a su integridad. Por el contrario un ambiente de aceptación permite que los individuos se puedan expresar libremente, compartiendo sus experiencias y pareceres, mejorando su comunicación con los demás.

Los propósitos del programa sean armónicos con el desarrollo del individuo y del grupo: El error más frecuente en que cae el psicólogo cuando diseña programas de intervención es fijarse metas conforme a su juicio personal sin tomar en cuenta la ecología de las mismas. Una meta es ecológica si es armónica para el desarrollo de las personas y para el grupo, para ello debe surgir de las inquietudes y necesidades del grupo. Un programa entonces debe planearse con la suficiente flexibilidad para responder a las metas y aspiraciones del grupo y sus integrantes.

El facilitador tenga un estilo de liderazgo firme pero flexible: Una metáfora que me gusta emplear cuando trabajo con profesores es que los niños son como las vides, si no hay una estructura firme de donde se puedan sostener crecerán desparramados sobre el suelo, haciendo que sus frutos sean inútiles; si por el contrario, se pueden afianzar a estas estructuras, crecerán sanos y sus frutos serán provechosos. El aprendizaje centrado en la persona requiere de facilitadores que creen las condiciones para que surja la experiencia, al tiempo que sean capaces de vigilar que las personas dentro del grupo respeten las normas de convivencia, llamando la atención de la persona que transgrede con firmeza, sin olvidar que esencialmente es digna de un trato amable y respetuoso puesto que lo reprochable es la conducta, no quien la presenta.

Se incorporen procesos de evaluación con la participación del que aprende: La única manera de obtener una evaluación que nos permita saber si nuestros programas de intervención tuvieron impacto en las personas con las que trabajamos es conociendo de primera mano la forma en que la experiencia fue asimilada por ellas. Esto no quiere decir que la experiencia del conductor del grupo no sea valiosa en la interpretación de esas experiencias para valorar el impacto del programa, sólo que una evaluación está incompleta sin este elemento.

En un ambiente preparado de tal forma, las personas se expresan libremente y comparten su experiencia con las demás. Este compartir permite construir una experiencia colectiva, donde cada persona toma de ella lo que le es de provecho para sí. Y esta es la esencia del aprendizaje interpersonal.

La técnica de intervención: los círculos de aprendizaje interpersonal

Para preparar al futuro profesional de la psicología en las habilidades básicas en la conducción de grupos se requiere el dominio de una técnica general que permita al mismo tiempo: que se pueda dominar en pocas semanas, sea adecuada para crear experiencias de aprendizaje interpersonal a nivel general y sea un marco adecuado para implementar programas de desarrollo humano de un número delimitado de sesiones.

Antecedentes. Una de las técnicas que permite esto es el llamado “Círculo Mágico” o programa de desarrollo Humano, desarrollado en las décadas de 1960 y 1970 en los Estados Unidos por Harold Bessel y Ubaldo Palomares (Michel, S/A), sistematizado por Geraldine Ball (Mancera, 1996), introducido en nuestro país por los integrantes del movimiento humanista y que en el Estado de Guanajuato fue rebautizado por el equipo de Sergio Michel Barbosa en la SECyR de Guanajuato como Círculos de Aprendizaje Interpersonal (SECyR, 1993).

Los círculos de aprendizaje interpersonal, a diferencia de los grupos de encuentro, se centran en un tema específico, lo que permite focalizar el esfuerzo del programa de intervención. Esto es especialmente útil para las intervenciones que tienen que ajustarse a un cronograma ajustado de 5 a 10 sesiones como las que se llevan a cabo en las prácticas en la UJED. Como se verá además la mecánica de trabajo es muy sencilla por lo que en este tiempo se puede capacitar al grupo para que se convierta en autogestivo.

Sus autores lo definen como:

“Un sistema de comunicación sofisticado que permite abrir a las personas a un diálogo vital que las vuelve informadas, seguras y capaces... es el lugar donde cada

persona aprende que otros sienten miedos, inseguridad, resentimientos, coraje; y aprende además lo que otros pueden hacer por ellas y lo que ella puede hacer por los otros; aprendiendo constructivamente en un clima de respeto, cordialidad, tolerancia, y honestidad” (Vázquez, 1994)

Mecánica de una sesión. En una sesión de círculos de aprendizaje interpersonal las personas se sientan en círculo, esto facilita que la comunicación que se da dentro del círculo sea cara a cara. Las personas entonces se pueden dedicar a tener una interacción donde cada una escucha y tiene la oportunidad de ser escuchada. El escuchar con atención evoluciona pronto a un espacio donde todos muestran aprecio por las contribuciones de los demás, constituyéndose en el crisol donde se forja el aprendizaje interpersonal.

La secuencia típica se puede describir de la siguiente forma:

Encuadre: Especialmente, si es la primera vez que se reúne el grupo es importante comenzar con la presentación de sus integrantes, y una puesta de acuerdo de los objetivos del programa. Se debe dejar muy claro que si bien es un ambiente de libertad se debe respetar tres reglas fundamentales para la convivencia:

Las personas pueden hacer uso de la palabra en cuanto deseen y lo soliciten.

Al estar hablando una persona, las demás le escucharán y no le interrumpirán.

Todo lo que se hable dentro del grupo deberá permanecer como absolutamente confidencial.

Es recomendable recordar las tres reglas al inicio de todas las sesiones que se tengan con el grupo.

Desarrollo: El facilitador propone el tema sobre el cual se compartirá la experiencia, y da el espacio necesario para que los integrantes del grupo puedan aportar su experiencia con respecto a ese tema. En este punto cabe mencionar que es de vital importancia que por parte del facilitador se de un espacio prudente para la libre expresión de cada miembro del grupo. Un facilitador hábil usa técnicas como el reflejo en los momentos adecuados de esta fase para fomentar el sentimiento de las personas de ser escuchadas con atención.

Cierre: Una vez que las personas han expresado sus experiencias, se termina con una fase de cierre donde el facilitador pide a los miembros del círculo que compartan cual ha sido su aprendizaje personal en la sesión. Esto se puede hacer de varias formas, las más comunes son preguntas del tipo: ¿de qué se dieron cuenta con esta sesión?, ¿qué aprendizaje obtuvieron al compartir sus experiencias con los compañeros del grupo? o ¿qué te quieres llevar?

Una sesión típica de círculos de aprendizaje interpersonal se lleva de 20 a 60 minutos considerando el número de integrantes del grupo. Lo recomendable es trabajar con grupos de 5 a 15 personas. En grupos más grandes se puede requerir más tiempo que la hora para dar espacio para que todos los integrantes compartan sus experiencias, sin embargo se debe ser cuidadoso ya que sesiones demasiado largas terminan por ser agotadoras para el grupo, rompiéndose el clima de seguridad psicológica.

En este último caso lo recomendable es usar cofacilitadores y dividir al grupo en dos o más círculos y concluir con una plenaria donde uno o dos voluntario de cada grupo comparta una reflexión a partir de su aprendizaje en su círculo.

Los tipos de temas para el aprendizaje interpersonal

En la concepción de esta técnica se categorizan tres tipos de temas: (Vazquez, 1994)

De autoconocimiento: Son los temas en los cuáles la persona tiene oportunidad de interiorizar en sus propias características de personalidad. Las preguntas para este tema pueden ser algunas como: ¿qué cosas te gustan?, ¿qué cosas no te gustan?, ¿qué pasatiempos tienes?, ¿qué te pareció la última película de X?, etc.

De relación social: Permiten que las personas exploren la forma en que interactúan con los miembros de su círculo social. Para explorar esta área podemos plantar preguntas que vallan más o menos a sí: ¿cómo te relacionas con tus vecinos?, ¿cómo te llevas con tus compañeros de clases o trabajo?, ¿qué tal te llevas con tu papá?, ¿con quienes convives?, ¿cómo es tu pandilla?, ¿cómo son las fiestas en tu ambiente?, etc.

De habilidades para la vida cotidiana: Las personas comparten la forma en que se comportan al hacer o tratar de obtener las cosas de su cotidianidad. Para explorar esta área podemos preguntar: ¿cómo pides un favor a un amigo?, ¿cómo exiges tus derechos?, ¿cómo te cuidas de tu diabetes?, ¿cómo cuidas a tus hijos?, etc.

La clave del éxito: el establecimiento del ambiente de seguridad psicológica

Para que el aprendizaje interpersonal pueda tener lugar es indispensable garantizar que el ambiente comunique seguridad a las personas en el grupo. Un buen facilitador se preocupará por lograr que las personas se sientan escuchadas, por él mismo y por el resto de los miembros del círculo, por hacer sentir que cada persona dentro del ambiente es igualmente importante como cualquiera, incluido el mismo facilitador, por ello, el facilitador también comparte sus experiencias y aprendizajes.

Otra aspecto importante es la paciencia, los novatos en la conducción de grupos tienden a impacientarse ante el silencio porque piensan que es el resultado de su falta de liderazgo en el grupo o que no supieron motivar suficientemente a la participación. No se debe forzar a nadie a participar, y sólo se debe confrontar a una persona que se autoexcluye de participar en un caso extremo.

Los silencios son parte de la dinámica de trabajo, son el tiempo que se requiere para la elaboración de significados en la experiencia. El facilitador antes que nada debe tener fe en la efectividad de su trabajo y en la disposición del grupo para trabajar. Para ello debe procurar estar relajado, haciendo constante contacto sensorial con su respiración, lo que previene la hiperventilación que provoca la angustia.

La comunicación, en la medida de lo posible, debe ser para todo el grupo y no para una persona en concreto, los diálogos tienden a excluir a las demás personas y no son recomendables. La excepción a esta regla son los reflejos.

Existen dos tipos de interacciones comunicacionales que deben evitarse a toda costa: los consejos, y los juicios. Las personas de buena fe dan consejos, pero es una forma de relación que rompe con la paridad. Quien da un consejo se ubica como autoridad del

otro. De la misma forma los juicios ubican al juzgador en un nivel de superioridad, lo que es amenazante y rompe con el clima adecuado.

Conclusión

Los círculos de aprendizaje interpersonal, citando las cátedras de Segio Vázquez en INTEGRO, no son propiamente una psicoterapia, pero son terapéuticos. Las prácticas que hacen los estudiantes de psicología ofreciendo talleres terapéuticos grupales en la Clínica de la Facultad de Psicología y Terapia de la Comunicación Humana de la UJED dan constancia de ello.

El entrenamiento en esta técnica es algo que los estudiantes dominan en unas cuantas sesiones es el punto de partida desde el que pueden adquirir y dominar otras estrategias de abordaje terapéutico en sus prácticas posteriores.

Referencias

- Bessell. Harold & Ball, Geraldine. (1972). *Human Development Program*. Spring Valley. California: Palomares and Associates..
- Bessell, H. & Palomares, U. (1970). *Methods in human development*. San Diego, CA: Human Development Training Institute.
- Fagan, J. & Shepherd, I. (1976) *Teoría y técnica de las psicoterapia gestáltica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Maldonado Rivera, C. F. (1994) *La prueba de anticipación en el contexto de la Gestalt* (Tesis de Maestría en Terapia Gestalt). INTEGRO. Guadalajara.
- Mancera Aguayo, E. (1996). *Programa de desarrollo humano: Círculo Mágico, manual del facilitador*. México: S/E.
- Michel Barbosa, S. (S/A) *En busca de la comunidad*. Guanajuato: S.E.G.

Rogers, C. (1991). *Grupos de Encuentro*. Buenos Aires: Amorroutu.

Rogers, C. (1993). *El proceso de convertirse en persona*. México: Paidós. .

Rogers, C. (1986). *Psicoterapia centrada en el cliente*. Barcelona: Paidós.

SECyR. (1993). *Manual para facilitadores de Aprendizaje*. Guanajuato: SECyR..

Vázquez García, S. X. (1994). *Material inédito de impartición del taller de Círculo Mágico*
(Tesis de Maestría). INTEGRO. Guadalajara.

CAPÍTULO XIII.- PLANEACIÓN INNOVADORA PARA LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN SALUD

Fuensanta López Rosales

Universidad Autónoma de Nuevo León

Resumen

La capacidad de investigación nacional en los campos más relevantes, incluyendo el área de salud, está siendo seriamente descuidada en la mayor parte de los países toatno en desarrollo como industrializados. El establecimiento y el fortalecimiento de una base de investigación en salud es esencial para cualquier país en desarrollo, ya que le ayuda entender sus propios problemas, maximizar el aprovechamiento de sus limitados recursos, mejorar las políticas y la administración de la salud, fomentar la innovación y la experimentación y sentar las bases para tener una mayor participación en el ordenamiento de las prioridades internacionales. Sin embargo, el desarrollo de la capacidad en investigación requiere una administración capaz y un apoyo estable de las instituciones a largo plazo. El presente capítulo plantea la importancia y la necesidad de la investigación en salud y propone la planeación innovadora como una forma de responder ante este reto. Se presentan los antecedentes de la planeación estratégicas, sus bases filosóficas y el proceso implicado, reconociendo que los recursos empleados en investigación para la salud no son un gasto, sino una inversión que reditúa en un mejor nivel de vida para la humanidad.

Introducción

La planeación innovadora psicosocial se ha ido perfilando como una nueva disciplina académica a partir del estudio de casos especializados desde diferentes campos del saber y de las aportaciones de teóricos, principalmente la psicología, la organización y la comunicación.

Como antecedentes podemos considerar la creación de seminarios y cátedras de innovación y de maestrías y doctorados con esta especialidad en diversas universidades de Europa y América; la publicación de revistas especializadas y la edición de artículos sobre el tema en diferentes medios; y la fundación de centros especializados para tal efecto, tanto en el sector público como en el privado.

La aplicación de la tecnología de la evaluación al campo psicosocial ha permitido una planificación sistemática del proceso de instrucción mediante el empleo de recursos humanos y mecánicos; esta planificación incluye tanto la designación de objetivos como la conducción y evaluación del proceso innovador. No tiene sentido, por tanto, emplear el calificativo de tecnología sólo para referirnos a los aparatos instrumentales que la técnica pone al servicio de la psicología actual, al igual que en otros campos de la vida moderna: medios audiovisuales, computadoras, material de prácticas, etc. La tecnología se vale de recursos humanos y no humanos, pero éstos sólo constituyen los medios para materializar los objetivos propuestos.

La cultura es base del proceso innovador que parte de un proceso histórico característico del ser humano como reflejo de la convivencia social. En lo individual, la cultura es un compuesto de elementos asimilados por el individuo que le permite participar en una sociedad y, como dice Edward T. Hall, la cultura es el medio de comunicación del hombre. Está constituida por las creencias, los valores, las formas de hacer las cosas y los modos de conducirse que el hombre comparte, incluye las maneras de construir, la estructura y el funcionamiento de las familias, de los gobiernos, de los sistemas educativos, por la asignación de papeles y el establecimiento de normas dentro de esos sistemas, y los conceptos compartidos que son modificados, así como el complejo de formas.

La innovación en psicología es heterogénea en sus orientaciones temáticas. Sin embargo podemos ubicar seis grandes subgrupos de investigación:

1. Análisis de Sistemas. Incluye los objetos y los atributos estructurales de una institución; el análisis de tres subsistemas, como son el de objetivos, el relacional, el estructural, el análisis contextual de una organización; la organización de las instituciones y el entorno social; la Institución y su contexto

político-administrativo, así como la organización de los recursos humanos, materiales, y humanos.

2. Psicología evaluativa y la planificación delimitaciones políticas o directrices políticas que enmarcan los programas y proyectos psico-sociales. Considera la ordenación de recursos económicos, con la concreción de finalidades, temporalización cronológica, espacial y técnicamente de la operación del plan a desarrollar para alcanzar metas y objetivos de una institución; la evaluación institucional y los planes y programas, proyectos institucionales para la mejora de la institución y su marco de referencia.
3. El estudio de los efectos de la innovación en psicología. Se orienta al análisis de los efectos de la intervención en los agentes, así como la difusión, recepción y asimilación del cambio y su evaluación (como proceso de mediación e instrumento de control y sus efectos sociales e individuales) y sus consecuencias y resultados; el diseño instruccional; el asesoramiento en la actividad psicosocial.
4. Los procesos de innovación relacionados con la conducta social. Hace énfasis en el aprendizaje social a través de la innovación; la mediación entre realidad, pensamiento y acción; la participación de la psicología en los fenómenos de innovación social; el cambio de las actitudes aplicando medios masivos; la psicología entre grupos en reacción con un cambio, su cultura, condiciones de vida, sistema social; estereotipos de poder, representación de valores e ideología, así como el tratamiento que hacen las instituciones de los problemas ante una innovación; la intervención asesorada y sus factores contextuales; la intervención asesorada y la resolución de problemas.
5. El análisis de intervención. Enmarca el impacto en las relaciones interpersonales; análisis de costos, eficiencia y compatibilidad; grado de compromiso de la organización; agentes de cambio especializado; diseño e implementación; la innovación en organizaciones, control, evaluación e innovación; diagnóstico del potencial comunicativo de los agentes en la intervención.

6. Modelos de innovación. Enfatiza las dimensiones de la innovación; la intervención en una institución desde el modelo sistémico, modelos organizativos, modelos de investigación y desarrollo, modelos de resolución de problemas; orientación hacia lo personal, lo sustantivo, lo político y lo cultural.

Planificación Convencional y Planificación Estratégica

La planificación convencional es vertical e impositiva, mientras que la planificación estratégica es horizontal y compartida. La planificación convencional se inscribe en una racionalidad estructurada que pretenden derivar proposiciones válidas para cualquier entorno.

En cambio la planificación estratégica se esclarece con base en una dinámica ecosistémica que es adaptable a situaciones cambiantes. Es una mediación entre el conocimiento y la aspiración. Mientras que el enfoque estratégico supone que en la planificación estratégica es mediación entre el conocimiento y la acción, la planificación convencional establece una relación de dependencia del presente respecto del futuro. La planificación estratégica, en cambio, promueve lo inverso: el futuro debe representar el permanente dominio sobre el presente.

Fundamentos filosóficos.

En la planificación convencional establecía una relación horizontal con el tiempo, mientras que la estratégica promueve una relación vertical con el instante. De aquí se desprenden tres distintos modelos de planificación:

- Planificación reactiva. Consiste en convertir los problemas existentes en objetivos de la planificación
- Planificación proactiva. Consiste en convertir las metas en la referencia más concreta de la planificación.
- Planificación inactiva: Solo actúa a partir del surgimiento de una crisis aguda.

La planificación reactiva se coloca en el ayer, la planificación proactiva se ubica en el mañana y la planificación inactiva se mantiene en el presente. En una dimensión diferente encontramos la planificación interactiva en la que se promueve una mirada hacia arriba y una acción ubicada en el presente. Esta alternativa implica:

- Esclarecer la misión, la visión y los valores
- Aprovechar las oportunidades que surgen en el presente.
- Retroalimentar en forma inmediata las decisiones.
- Asegurar el mejoramiento continuo de los procesos y de los resultados.

En este modelo más que pensar en el futuro se hace el futuro. Cuando se actúa en el aquí y ahora, según las luces emanadas de una misión, visión y valores, se asegura una rápida secuencia de avance.

Cuando se ve el presente en función del pasado, se arrastra un cúmulo de limitaciones, se absorben muchas evocaciones nostálgicas y, además, se dejan de percibir las demandas emergentes y urgentes que ocurren en el acontecer inmediato. Quien actúa en el presente testimonia su presencia. No se tiene presencia cuando nos colocamos mentalmente en el pasado o en el futuro.

Fundamentos gerenciales

La calidad total es una filosofía enraizada en la concepción de la planificación estratégica. Esto se demuestra en tanto que se asocian con la acción en el presente y con el aprovechamiento de las oportunidades, según el previo esclarecimiento de la misión, visión y valores y cuando se habla de:

- Mejoramiento continuo
- Atención al cliente
- Control del proceso

- Prelación de la eficacia
- Desarrollo de ventajas competitivas

La mejor manera entonces de comprender el término gerencia situacional es recordando que existen cuatro estilos gerenciales: autocrático, burocrático, liberal y estratégico.

El estilo autocrático está representado con aquella conducta del gerente que todo lo sabe, que no consulta ni delega, sólo impone y ordena desde un pedestal de autosuficiencia. El estilo burocrático es el que asume un gerente cuando, para tomar una decisión consulta la norma, pide permiso, y espera una orden por escrito. En el estilo liberal todo se ejerce a partir de una total eliminación de restricciones y controles, nada se supervisa y todo se delega con una amplitud absoluta. Por último, en el estilo estratégico se presentan dos dimensiones una situacional y una transformacional.

Dirigir supone establecer verticalmente una orden, definir con exactitud las especificaciones de una acción y vigilar de cerca el cumplimiento del proceso. En cambio, persuadir implica motivar a los empleados, así como convencerlos acerca de las justificaciones laborales e institucionales de una determinada decisión. Desde este punto, la tarea de delegar representa una confianza de alto grado que garantiza un clima de confianza y de eficiencia en el uso del tiempo.

La idea clave en el sentido gerencial es que, en su comienzo, toda persona debe ser objeto de dirección y que, con la ayuda de reconocimiento del supervisor, podrá alcanzar un sucesivo desarrollo.

Supuestos Básicos

El primer supuesto expresa que la planificación siempre se inscribe en el marco de una organización. Es fácil suponer que las organizaciones conciben, formulan y operacionalizan la planificación que merecen. El segundo supuesto expresa que mientras más entorno tenga una organización mayor serán su expansión y potencialidad, así como más amplia y competitiva su presencia.

El tercer supuesto expresa que tanto el contexto como el entorno son cambiantes y, por tanto, la planificación debe apoyarse en la conciencia de esa dinámica. No puede existir un autentico cambio social sin el estímulo y apoyo de la cultura y la educación. El cuarto supuesto sostiene que la planificación estratégica debe estar acompañada de un riguroso ejercicio de seguimiento. Debe existir la evaluación del contexto, del insumo, del proceso, del producto y del impacto. El recorrido de la evaluación es durante toda la dinámica de la planeación y en cada momento de sus fases.

El quinto concepto es que entre el concepto contemporáneo de planificación y la noción de estrategia existe una relación de reciprocidad. El último supuesto se vincula con la idea de concebir a la planificación como el ejercicio de una concertación promovida mediante la participación.

Implicaciones de lo estratégico

- Se puede concebir la planificación estratégica como un proceso que permite articular la captación, el análisis, la acción y la evaluación de acuerdo con la previa determinación de una misión, una visión y unos valores. Podemos entonces, en base a esta concepción, enlistar algunas implicaciones de lo estratégico: Enfocar adecuadamente la apreciación de una situación;
- adelantar acciones inspiradas en la misión, visión y valores previamente definidos;
- asegurar la concentración en lo importante y la continuidad de lo iniciado;
- buscar orientaciones suficientes que promuevan una economía de recursos y una disminución de los índices de la discrepancia;
- ejercer una visualización multitemporal y multidimensional de la realidad, así como de las consecuencias de las acciones sobre esa realidad;
- encadenar una estrategia con el seguimiento de la siguiente;
- evitar la seguridad de la certeza y la definición de predicciones;

- enfatizar una disposición asertiva;
- las estrategias sólo son adecuadas o inadecuadas;
- tratar de hacer el futuro más que solo pensar en él.
- promover la percepción concurrente de las fases descriptivas, explicativas, normativas, predictivas, operativas, evaluativas y éticas

El Sentido de la Misión, Visión y Valores

La visión se entiende como la imagen de una organización proyectada en su deber ser y anhelada en su máxima potencialidad. Representa la instancia en función de la cual podemos dominar todo el panorama temporal de la organización: su pasado y su futuro, así como sus alcances factibles y sus anticipaciones ideales.

La definición de la misión implica un ejercicio destinado a delimitar el negocio mismo de la organización. La misión y la visión conforman un triángulo, junto con los valores. Estos representan básicamente al sistema de creencias y al cuadro de conductas que predominan en la organización.

Los valores son la pauta axiológica que nutre una acción y son, igualmente, las guías para elevar el clima humano de una organización. La visión esclarecida y la misión definida permiten potenciar los recursos espirituales, sociológicos y éticos de una organización. En definitiva lo importante es que la complementación de esas tres dimensiones fomente el trabajo significativo de todas las persona además de promover la búsqueda de innovaciones y la congruencia de voluntades en una misma dirección.

Instrumentos de Referencia

Lo ideal es el uso de instrumentos que fomenten la concurrencia de métodos intuitivos y métodos racionalizados. Existe una metodología denominada DOFA que aporta las pautas esenciales para un ejercicio estratégico. Debilidades, Oportunidades, Fortalezas y Amenazas. La conjugación de estas cuatro expresiones se asocia con los factores que ocurren cuando nos vemos forzados a decidir ante una realidad. Las proporciones entre

fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas se concretan como consecuencia de la habilidad con la cual se asumen las relaciones con el ambiente. Todo resultado depende del grado, enfoque y habilidad con los cuales se asumen las fortalezas, se marginan las debilidades, se aprovechan las oportunidades y se superan las amenazas.

La Operatividad de la Planificación Estratégica

Un proyecto es una instancia instrumental en tanto que permita delimitar un campo de la realidad, delinear las acciones, asegurar una transformación y empujar la realidad hacia una transformación deseada. En este ámbito de lo específico, la planeación deja de ser abstracta, prescriptiva y especulativa para convertirse en acción de mejoramiento y testimonio de presencialidad. El diseño, implantación y evaluación de proyectos se convierte en un medio para que los gerentes aseguren el cumplimiento de objetivos, impulsen la calidad de los productos y servicios y promuevan un adecuado uso de ellos. Los buenos proyectos deben reproducir, en su correspondiente instancia, el sentido estratégico de la planificación.

El desempleo, la inflación y los bajos subsidios han reducido enormemente el poder adquisitivo y han provocado que las políticas por mejorar el bienestar humano sean cada vez más lentas. El rápido crecimiento de la población está haciendo que el mundo se vea atestado de gente, lo que imposibilita por un lado, que sean culminados los esfuerzos para proveer de educación, trabajo y servicios públicos a quien lo necesita y, otro, para poder conservar el medio ambiente.

Los incontenibles movimientos migratorios a las ciudades están creando un crecimiento desenfrenado en el medio urbano que incrementa considerablemente los cinturones de miseria de las grandes ciudades. Las fuerzas demográficas pondrán a prueba los sistemas de atención a la salud, especialmente en las áreas de planificación familiar y salud reproductiva, de la salud urbana y de la prevención y tratamiento de las enfermedades crónicas y degenerativas de la vida adulta. Este patrón de desarrollo trae consigo tanto beneficios como riesgos para la salud. Un aspecto crucial del desarrollo sostenible es la equidad en la salud. Los países en vías de desarrollo tienen que hacer frente a un doble

reto: el de verse asediados tanto por las tradicionales amenazas ambientales a la salud como por las que han surgido recientemente.

La humanidad ha entrado en una era en la que no se puede ser independiente en materia de salud. Las amenazas a la salud, compartidas por todos, la movilidad a gran escala de personas y enfermedades y la creciente necesidad de una acción conjunta convierten a la salud en un problema de escala internacional que atañe a todos. La interdependencia en la salud sugiere que la responsabilidad de remediar los problemas de todos debe ser conjunta para el beneficio común.

Para los habitantes de los países en desarrollo la salud debe tener mayor prioridad que la que se da normalmente, ya que la buena salud es una de las metas más importantes del desarrollo. El desarrollo implica mucho más que un simple crecimiento económico: significa la libre realización del potencial humano y la satisfacción de las necesidades humanas más elementales. Una buena salud es una fuerza impulsora que conduce al desarrollo. Invertir en la salud hace crecer el capital humano de una sociedad. Los caminos que conducen a la buena salud y al desarrollo consideran dos elementos: un desarrollo socioeconómico equitativo y una relación costo-beneficios óptima de las políticas y las acciones llevadas a cabo en el sector salud.

La sociedad globalizada ha entrado en una era en la que no se puede ser independiente en materia de salud. Las amenazas a la salud, compartidas por todos, la movilidad a gran escala de personas y enfermedades y la creciente necesidad de una acción conjunta convierten a la salud en un problema de escala internacional que atañe a todos. La interdependencia en materia de salud sugiere que la responsabilidad de remediar los problemas de todos debe ser conjunta para el beneficio común.

El desarrollo nacional que hace hincapié en el crecimiento, la equidad y los recursos, es crítico para la salud de la población. "Una buena salud a bajo costo" es una meta que se ha visto realizada gracias a un buen número de factores entre los cuales se encuentran el compromiso político con un desarrollo equitativo, la lucha contra el analfabetismo, la reivindicación de la mujer, la provisión de servicios de salud y la auténtica conciencia pública sobre los derechos a la salud.

El concepto de investigación en salud puede definirse como la actividad orientada a la generación de nuevo conocimiento, que se vale del método científico para identificar y resolver problemas de salud. Para la salud los conocimientos, tanto los generalizados en todo el mundo como los específicos localmente, son esenciales para actuar con éxito. Por esto la investigación en salud debe considerarse tanto global como localmente.

Cuatro son los propósitos que la investigación de la salud debe cumplir: (a) identificar y ordenar prioridades en los múltiples problemas de salud existentes; (b) guiar y acelerar la aplicación del conocimiento para resolver los problemas de salud; (c) desarrollar herramientas y estrategias innovadoras; y (d) avanzar en el conocimiento.

La investigación de la salud requiere de la capacidad científica de todas las disciplinas relevantes para la salud. Esta investigación puede ser emprendida por personal no necesariamente especializado, pero debe valerse del método científico para llevarla a cabo. El propósito de la investigación en salud de cualquier tipo es generar nuevo conocimiento. Hacer investigación significa llevar a cabo experimentos, analizar información, comprobar hipótesis y sacar conclusiones. Sin importar la forma que adopte la investigación en salud, el valor que se le atribuye puede ser juzgado bajo dos criterios básicos: su validez científica y su contribución para mejorar la calidad de la salud.

La investigación es esencial para el avance de la salud y el desarrollo al menos por cuatro razones fundamentales: (a) Acción e investigación; (b) desarrollo de nueva herramientas; (c) ahorrar dinero; y (d) incrementar los beneficios y la investigación y el proceso de desarrollo.

Acción e investigación. La investigación es esencial para conducir las acciones. Una investigación apropiada puede hacer que la acción para la salud sea más rápida y eficiente. La investigación genera información y conocimientos que permiten tanto a los individuos como a las familias y comunidades mejorar su salud. Las políticas de salud y las acciones que realizan los gobiernos y las instituciones privadas en diversas localidades pueden ser reforzadas a través de la investigación.

Desarrollo de nuevas herramientas. La gran cantidad de herramientas producidas por la investigación en su lucha contra la enfermedad implica, además de los avances biomédicos, un mejor entendimiento de las causas que producen las enfermedades, de las conductas en relación con la salud y de la economía y administración de los sistemas de salud. La ciencia moderna brinda oportunidades excepcionales que pueden ser alcanzadas solamente a través de la investigación.

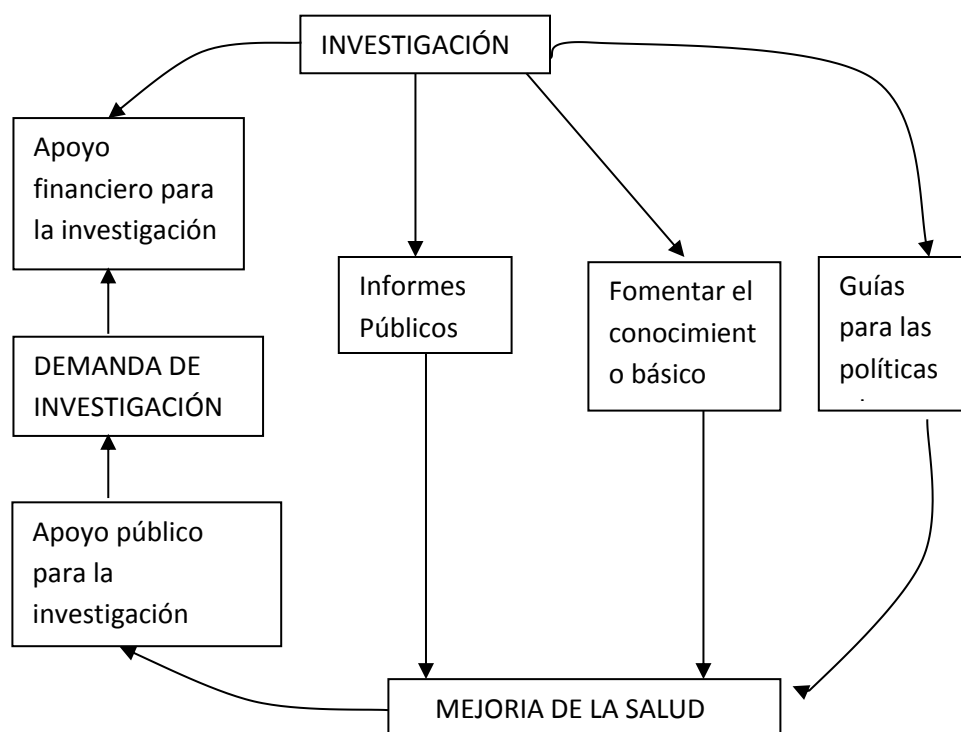
Los sistemas modernos de comunicación pueden además hacer más accesible la información sobre la salud difundiéndola masivamente, pueden mejorar la administración de los sistemas de atención a la salud y convencer a la gente para modificar sus hábitos nocivos y fomentar la prevención de la enfermedad.

Ahorrar dinero e incrementar los beneficios. Una razón de peso para hacer investigación en salud es la necesidad de proveer de las bases para una planeación efectiva y del uso inteligente de recursos que escasean. La investigación ha demostrado que es una inversión productiva. La investigación puede reducir costos ideando estrategias que produzcan más con menos recursos. Puede ayudar a identificar problemas clave de salud para aprovechar mejor los limitados recursos y así salvar más vidas. Puede también descubrir mejores formas de financiar los costos recurrentes de los sistemas de salud, aumentando los beneficios y disminuyendo los costos.

La investigación y el proceso de desarrollo. Una mejor orientación de la investigación, con mayor capacidad para dirigirla y un creciente número de líderes en este campo son los elementos sustanciales en el proceso de desarrollo. La investigación informa de las actitudes de las personas sobre sí mismas y sobre su mundo. La investigación da origen a una cultura científica que facilita la solución de problemas. Es necesaria porque ciertos problemas de salud surgen repentinamente, algunas veces se acentúan rápidamente y causan gran sufrimiento antes de que puedan siquiera llegar a ser entendidos. La investigación es también necesaria para anticipar problemas.

La investigación es un proceso que incluye personas, instituciones y sistemas. Su práctica depende de un análisis sistemático, de creatividad y de experimentación. Los beneficios sociales de la investigación ayudan a estimular una demanda efectiva de

investigación. La investigación, su demanda y su uso dependen de la capacidad intelectual y de organización de la sociedad. Las políticas de investigación tienen que ver con los procesos de la misma, con la aplicación de los hallazgos, con la capacidad para hacerla, con los procesos de toma de decisiones; determinan qué investigación debe hacerse y cómo debe ser apoyada.



La Estrategia de la Investigación para la Salud y el Desarrollo

Para los países en desarrollo, la investigación en salud es medio fundamental para que las naciones y las comunidades analicen sus problemas, decidan cuáles acciones son las más recomendables, las ejecuten en forma eficiente y efectiva y encuentren soluciones a los problemas no resueltos. Para el avance de la salud de cada país la investigación puede ser clasificada y definida de varias maneras: aquella que versa sobre problemas específicos de países y comunidades, y la que trata de los problemas globales de salud. La investigación sobre problemas específicos tiene que ver con el mejoramiento de la aplicación efectiva de los conocimientos y la tecnología existentes. La investigación de la salud de un país específico no sólo orienta el uso inteligente de los recursos del país, también fortalece la

soberanía nacional. Sitúa al país en una posición más favorable para juzgar y para negociar ajustes en relación con el apoyo exterior para su desarrollo. Además pone a disposición de cada país en desarrollo una fuente autorizada para establecer las prioridades de la investigación.

Para acelerar el progreso del conocimiento de los problemas de salud en los países en desarrollo es necesario expandir su capacidad de investigación y lograr que la de los países industrializados se interese en los problemas de salud del tercer mundo, en una medida mayor de lo que se ha venido haciendo tradicionalmente. Se requieren colaboraciones internacionales para movilizar la capacidad científica mundial dondequiera que se encuentre. Se requiere cooperación internacional para el desarrollo de métodos, para el entrenamiento y la asesoría técnica y para el aprendizaje mutuo de los resultados. Por ello, la investigación sobre los problemas locales no debe ser una empresa aislada de cada nación, sino que debe ser estimulada y enriquecida por las redes científicas internacionales.

La Planificación de la Acción Cultural y Educativa

La cultura y la educación son manifestaciones humanas y sociales que asumen connotaciones particulares que ameritan tratamientos especiales. La cultura y la educación se encuentran indisolublemente vinculadas al empeño y al destino del hombre y de la sociedad. Los proyectos se formulan para intervenir, transformar y reorientar una realidad que es, simultáneamente delimitable, insatisfactoria y perfectible. La planificación estratégica, en lugar de reducirse a soñar sobre el futuro, se orienta a la construcción progresiva e ininterrumpida del porvenir. El conocimiento del presente y la acción en el aquí y ahora son los que enmarcan la operatividad de la acción estratégica.

Las Prioridades de la Investigación

La determinación de las prioridades de la investigación en salud debe tomar en cuenta el impacto sobre la salud de acciones que esperan como resultado de la investigación. Aunque se cuenta con métodos cuantitativos que puedan medir en impacto en la salud, todos los ejercicios de ordenamiento de prioridades están sujetos a presupuestos que pueden influir significativamente en los resultados. Gran parte de los métodos para

determinar prioridades que están orientados a la acción se basan en medidas de la efectividad por su costo: el impacto sobre la salud por unidad de gasto.

Ningún método ordenador de prioridades puede basarse únicamente en estimaciones numéricas. La ordenación de prioridades necesariamente refleja juicios éticos en relación con el valor que tiene la vida del ser humano y con la mejor manera de conservarla o mejorarla. Además de la importancia del problema y del costo de las acciones, un programa de investigación debe verse influenciado por circunstancias que favorezcan una ejecución exitosa: viabilidad científica, reto intelectual y capacidad humana y de organización de la comunidad científica. Otras cuestiones clave para conformar las prioridades en la investigación son quién las ordena y para quién, así como el tiempo que tardan en madurar los frutos de la investigación.

¿Quién ordena las prioridades y para quién?

Las prioridades son determinadas en varios niveles de la población: la familia, la comunidad y en los niveles nacional, regional e internacional. Estos no necesariamente tienen que coincidir. Las prioridades de la investigación internacional deben reflejar prioridades nacionales, dando mayor peso a estas últimas para ayudar a los países más menesterosos. Cualquier proceso diseñado para ordenar prioridades no debe olvidar cuestiones fundamentales como qué voces son escuchadas, qué puntos de vista predominan, y por lo tanto, quiénes son los que ven beneficiada su salud.

¿Qué tan duraderos deben ser los beneficios?

Se necesitan rendimientos a plazos más largos con el fin de lograr beneficios futuros por los adelantos alcanzados en el conocimiento básico y el desarrollo de nuevas tecnologías. Los grupos de investigación cuyos rendimientos sean a largo plazo deben ser inmunes a las demandas de rentabilidad inmediata y deben ser capaces de seguir una agenda de investigación en un ambiente estable y estimulante.

¿Cómo definir el desarrollo de la capacidad de realizar investigación?

Deben considerarse cuando menos cuatro factores:

1. *Las habilidades individuales.* Desarrollar los atributos relacionados tanto con la conducción directa de la investigación como con la formulación de políticas exitosas de acción para la salud y el desarrollo, basadas en la investigación.
2. *La infraestructura institucional que apoya la investigación.* Deben tomarse en cuenta futuras instituciones para el desarrollo, que ejerciten la capacidad de investigación en salud.
3. *De la formación de políticas y el campo de acción.* La capacidad para dirigir la investigación nacional en salud es la habilidad para llevar a cabo dos formas de acercarse a la investigación. La primera es conducirla hacia los problemas de salud específicos de cada país. Es también indispensable crear una demanda por la investigación entre los responsables de la formulación de las políticas y la conducción de programas.
4. *La investigación en salud internacional.* La segunda manera de estimular la investigación nacional en salud es contribuir, en la medida de lo posible, a una investigación encaminada a adquirir conocimientos y descubrir tecnologías nuevas para solucionar los problemas de salud de la población. Cada país debe fijar la propia capacidad de participar en investigación.

Desarrollar la capacidad de investigación en los países en desarrollo requiere compromiso sólido por parte de los líderes políticos, financieros y de salud, respaldados por un público informado. Tales compromisos son necesarios para movilizar el apoyo nacional que conforma el perfil de los profesionales, da incentivos y aporta fondos a la creación y el sostenimiento de la capacidad de investigación.

Dos circunstancias explican por qué las decisiones de inversión que toman las agencias donadoras son fundamentales para el desarrollo y sostenimiento de la capacidad de investigación de los países en desarrollo: una, que la ayuda externa constituye un parte significativa de los fondos destinados a la investigación en salud y la otra, que los fondos externos son, por lo general, más flexibles que los nacionales.

Nuevas Estrategias

El desarrollo de la capacidad en investigación requiere una administración capaz y un apoyo estable de las instituciones a largo plazo, generalmente entre 10 y 15 años. Los resultados podrían ser mucho más satisfactorios si se lograra un compromiso inicial a largo plazo entre la institución beneficiada y la agencia donadora que únicamente estuviera sujeto a alcanzar logros razonables y al cumplimiento de las cláusulas habituales de la agencia.

La capacitación, el apoyo y los incentivos profesionales adecuados son factores clave para atraer a los jóvenes profesionistas sobresalientes y para fomentar su capacitación y desarrollo. Las inversiones pueden brindar apoyo a la capacitación profesional canalizando fondos a través de instituciones seleccionadas, o vía un proceso abierto creado para proporcionar mayores habilidades a los profesionistas, después de lo cual se esperaría que las instituciones compitieran por allegarse talento.

El establecimiento de redes de comunicación es un mecanismo útil que provee apoyo y enlaces internacionales a los científicos, al mismo tiempo que fortalece la capacidad nacional de investigación. Estas redes pueden proporcionar una profundidad y diversidad en la investigación mucho mayor que las que pueden promover instituciones individuales aisladas.

Las disciplinas y estructuras institucionales, fundamentales para la investigación nacional, son débiles prácticamente en todos los países, pero particularmente en los países en desarrollo que más necesitan de este tipo de investigación. Además de desarrollar la capacidad de investigación nacional, se requiere apoyo internacional y reconocimiento público para este campo. Los esfuerzos dirigidos hacia una integración nacional deberían reforzarse con reuniones internacionales periódicas integradas por científicos, líderes en materia de salud y desarrollo y por representantes de los donadores interesados en la investigación de la salud nacional; las deben patrocinar las agencias y fundaciones para el desarrollo, con el fin de promover el intercambio de información de los resultados y métodos de la investigación y movilizar el apoyo técnico y financiero.

Para proveer de un incentivo profesional y para que sean reconocidos por el público y su gremio, los científicos que trabajan en la investigación en la salud nacional, sería deseable otorgarles premios internacionales, que serían entregados en reuniones anuales, a jóvenes líderes en su campo por las contribuciones más significativas que hayan realizado en la investigación nacional.

*** Una Agenda de Acción**

Cuatro puntos fundamentales:

- La investigación nacional en salud es "esencial" en todos los países, pero especialmente en los países en desarrollo;
- Se debe promover la participación de asociaciones internacionales que faciliten la colaboración entre los científicos de todos los países para enfrentar los retos mundiales de la salud;
- Desarrollar y sostener, tanto en los países en desarrollo como en los industrializados, la capacidad de investigación individual e institucional en relación con los problemas de salud de los países en desarrollo;
- Reforzar las colaboraciones internacionales para evaluar y promover la investigación de los problemas de salud de los países en desarrollo.

*** La Investigación Nacional, "Esencial" en Salud**

Para cada uno de los países en desarrollo, sin importar cuán pobres sean, el establecimiento y el fortalecimiento de una base de investigación en salud es esencial para entender sus propios problemas, maximizar el aprovechamiento de sus limitados recursos, mejorar las políticas y la administración de la salud, fomentar la innovación y la experimentación y sentar las bases para que los países en desarrollo tengan una mayor participación en el ordenamiento de las prioridades internacionales. La investigación nacional "esencial" en salud (INES) es importante para los gobiernos nacionales, las agencias no gubernamentales, los administradores de los servicios de salud regionales y de

distrito, los trabajadores de la salud, las comunidades, las familias y los individuos. Definir exactamente que mezcla debe contener por lo menos en alguna medida dos componentes básicos: la investigación nacional y la investigación internacional.

La investigación nacional apunta a definir la situación de la salud, a elaborar una política de salud y al mejoramiento de las operaciones de programa. Entre las limitaciones que inhiben actualmente la promoción y el uso de la investigación nacional se encuentran la poca apreciación y la débil demanda entre los formuladores de políticas, una pobre comprensión por parte del público, prioridades excluyentes entre las diferentes agencias de financiamiento y actitudes disciplinarias y profesionales profundamente enraizadas que reducen la aceptación del valor de la investigación.

Un segundo aspecto de la INES es la investigación que se lleva a cabo en cada país en desarrollo, sobre los problemas globales de salud que padecen sus poblaciones. Muchos aspectos de la investigación en salud internacional deben realizarse tomando en cuenta las prácticas de trabajo de los países en desarrollo.

Es altamente recomendable que cada país formule un plan nacional sólido para dirigir la investigación tanto nacional como internacional. Un plan que sea viable económicamente, que sea coherente y que abarque a todos los grupos relevantes. Implementar un plan de este tipo necesitará desarrollar y mantener la capacidad de investigación dentro de los países en desarrollo y un reforzamiento constante de la comunidad internacional.

Las principales causas de muerte en los países en desarrollo son las enfermedades infecciosas y parasitarias y los problemas de salud parinatales y reproductivos.

Cada país debe tomar sus propias decisiones respecto de su mezcla particular de niveles de investigación, dados sus propios problemas de salud y su propio estado de desarrollo. La determinación de prioridades en la investigación es un reto global que implica los esfuerzos combinados de muchas naciones. Las prioridades globales deben basarse en las prioridades nacionales, más que imponerse de arriba hacia abajo. Algunos problemas de salud altamente prioritarios como las enfermedades tropicales, la

reproducción humana y el SIDA, están recibiendo financiamiento internacional para ser investigados. También existen varios problemas que no son enfermedades pero que requieren también investigación, como el financiamiento de los servicios de salud, el desarrollo de los sistemas de información en salud o el problema del desperdicio y mal uso de medicamentos.

El Potencial de la Investigación

En el mundo en desarrollo existe una capacidad importante para hacer investigación en salud, con un número considerable de científicos que trabajan en proyectos de investigación en numerosas instituciones.

Restricciones para la investigación en los países en desarrollo:

- *Personales:* Aislamiento intelectual, bajos salarios, ascenso limitado, pocas alternativas en la carrera, oposiciones de investigación restringida y entrenamiento insuficiente.
- *Ambiente Laborales:* Falta de acceso a la información, inadecuado apoyo por parte del personal administrativo, inestabilidad institucional y pocas facilidades
- *Macro Ambientales:* Falta de demanda para investigar, falta de cultura científica, pobre apoyo público, rigidez burocrática, e inestabilidad política

La capacidad de investigación en los campos más relevantes para la investigación nacional está siendo seriamente descuidada en la mayor parte de los países en desarrollo, como ocurre también en el caso de la mayoría de los países industrializados.

En la mayoría de los países en desarrollo, la investigación en salud sufre de graves restricciones que incluyen oportunidades escasas para la superación y para el desarrollo profesional, estructuras institucionales débiles e inestables y financiamiento insuficiente y mal dirigido.

A pesar de las limitaciones, existe una activa comunidad de investigación en salud en muchas partes del mundo en desarrollo. Los esfuerzos realizados para vencer estos obstáculos pueden acrecentar y estabilizar la capacidad de investigación de los países en desarrollo y posiblemente den lugar a traer de regreso a algunos de los "cerebros fugados" que están haciendo contribuciones internacionales desde los centros de investigación de los países industrializados.

La capacitación de personal para los servicios y para la investigación en salud frecuentemente no se adecua a las necesidades de salud de los países en desarrollo. En muchos países en desarrollo la mayor parte de los fondos domésticos destinados a la investigación se emplean para salarios y mantenimiento.

Los lazos de unión entre la investigación y el aprovechamiento de los frutos de la misma deben ser fortalecidos mediante una mayor participación por parte de quienes benefician con esos resultados, lo que implica una mejor comunicación de los resultados a los beneficiarios potenciales.

Planeación Estratégica Formal de George Steiner

La planeación debe tomar, de acuerdo a Steiner (1979), los siguientes puntos:

- Una perspectiva de las oportunidades y amenazas que se presentaran en el futuro de la empresa.
- Los objetivos de la empresa y la elaboración de estrategias y políticas para llevarlos a cabo, incluyendo cuándo, cómo y quién las llevará a cabo.
- La planeación debe tener flexibilidad como para modificarse y mantenerse en un continuo, si bien, no transformarse de un día a otro, pero sí adaptarse a las necesidades y a los procesos de cambio de la empresa y para considerarse como un elemento integral de la misma.

En términos prácticos implica las siguientes preguntas y tareas (Steiner, 1979):

1. Definir qué tipo de compañía se desea tener
2. Analizar los clientes
3. Analizar la industria (tendencias, competencia, etc.)
4. Definir las oportunidades y las amenazas que la empresa tiene (definir cursos de acción alternativos)
5. Definir fortalezas y debilidades
6. Desarrollar objetivos
7. Desarrollar planes detallados de las estrategias a implementar
8. Transformar esos planes en presupuestos estimados
9. Monitorear la evolución del plan
10. Reciclarlo anualmente

Planeación Estratégica de Anthony

La planeación estratégica de acuerdo a Anthony debe considerar un equilibrio entre los datos que se obtienen de manera formal (estadísticas de la organización y su clientela, por ejemplo) y aquellos que surgen de manera informal y que atienden al conocimiento tácito (práctico-experiencial), como sugerencias e ideas de los miembros de la organización y de los mismos estrategas, basadas en la intuición y la experiencia personal (Brockmann y Anthony, 2002; Daake, Dawley & Anthony, 2004). Un recurso valioso, en especial para hacer manifiesto el conocimiento tácito, es utilizar imaginería visual en el proceso de planeación, que apoye a visualizar posibles escenarios para la empresa en futuro, en una serie de etapas de ubicación, lugar de aplicación, desarrollo de scripts y los momentos de seguimiento y retroalimentación, como lo ejemplifica el cuadro a continuación:

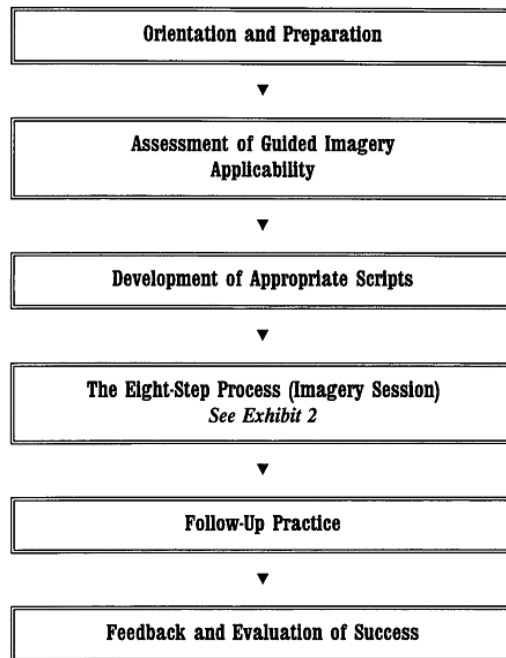


Exhibit 1. The Guided Imagery Staged and Process Model

(Anthony, Bennett, Maddox & Wheatley, 1993).

Modelo de Planeación Estratégica DOFA

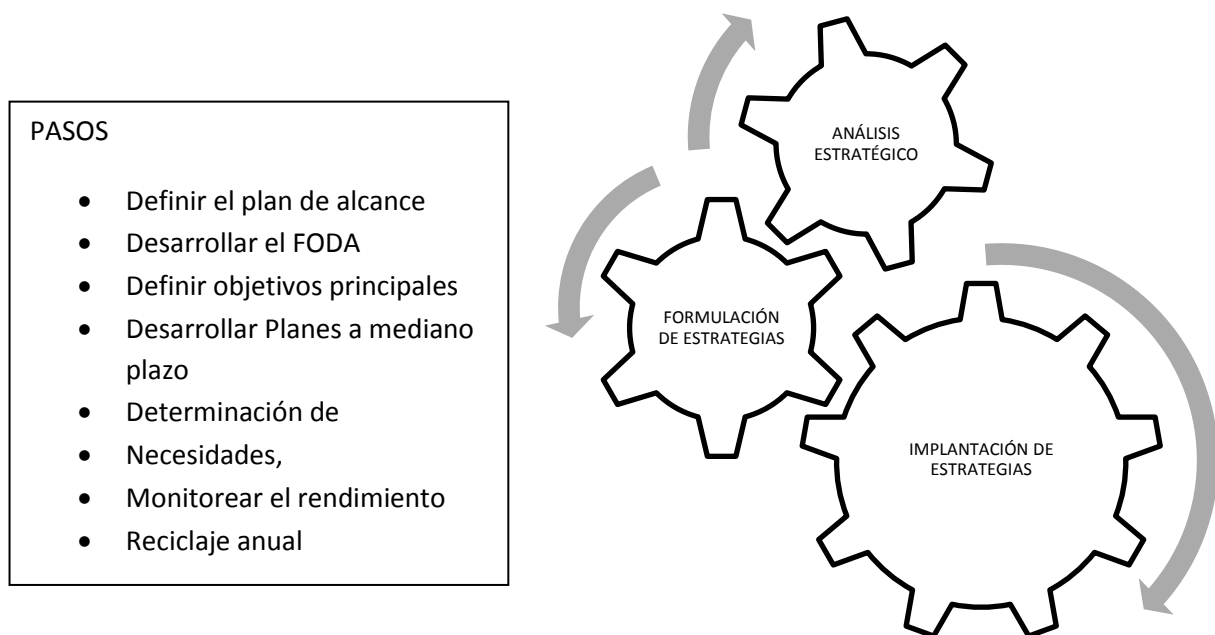
Con respecto al análisis DOFA, de fortalezas y debilidades de la empresa, oportunidades y amenazas del medioambiente, Everett y Duval (2010) sugieren lo siguiente:

- Hacer el análisis tomando en cuenta la posibilidad de que las fortalezas y debilidades se hayan minimizado o magnificado.
- Hacer énfasis en aquellos factores en los que los sujetos implicados en el análisis hayan expuesto visiones contradictorias.
- Considerar hasta qué punto los participantes en el análisis están dispuestos a “pensar fuera de la caja” o ser creativos.
- Tomar en cuenta la presencia de ideas preconcebidas sistémicas o individuales con respecto a los consumidores, al mercado o a la competencia.

- Considerar el grado en que estas concepciones son defendidas al ser confrontadas.
- Pensar en el grado en que la búsqueda y la exploración de la verdad (cruda) son valoradas por la organización.
- Formular una agenda de investigación estratégica de acuerdo a los recursos disponibles (tiempo, viabilidad).
- Considerar que las preguntas facilitadoras del proceso deben ser bien planeadas y sus respuestas analizadas en términos de la evidencia que las sustenta; también se debe pensar en quiénes son los expertos sobre cada tema específico y la prioridad y utilidad de cada tema a explorar.
- Realizar el análisis como parte de un proceso continuo, cuyas condiciones cambiarán de acuerdo a la presencia y ausencia de amenazas y oportunidades en el medioambiente.

MAPA CONCEPTUAL Modelo de Steinter (1989)

Modelo de Steinter (1989)



Confiamos en que la investigación en salud cuente con mayores recursos, los cuales nunca representarán un gasto, sino una inversión que reeditará frutos consistentes de soluciones y formación profesional tendientes a mejorar los niveles de vida de la humanidad en su conjunto.

Referencias

- Anthony, W. P., Bennett III, R. H., Maddox, E. N., & Wheatley, W. J. (1993). Picturing the future: Using mental imagery to enrich strategic environmental assessment. *Academy of Management Executive*, 7(2), 43-56.
- Brockmann, E. N., & Anthony, W. P. (2002). Tacit knowledge and strategic decision making. *Group & Organization Management*, 27(4), 436-455.
- Daake, D., Dawley, D. D., & Anthony, W. P. (2004). Formal data use in strategic planning: An organizational field experiment. *Journal of Managerial Issues*, 16(2), 232-247.
- Everett, R. F. & Duval, C. R. (2010). Some considerations for the use of strategic planning models. *Proceedings for the Northeast Region Decision Sciences Institute (NEDSI)*, 525-530.
- Steiner, G. (1979). *Strategic planning: What every manager must know a stept by step guide*. Nueva York: The Free Press.