

CALIDAD DE VIDA, SALUD Y DESARROLLO SOCIAL: RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

Eneida Ochoa Avila, Raquel García Flores,
Christian Oswaldo Acosta Quiroz,
Santa Magdalena Mercado Ibarra
(Coordinadores)



CALIDAD DE VIDA, SALUD Y DESARROLLO SOCIAL: RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

CALIDAD DE VIDA, SALUD Y DESARROLLO SOCIAL: RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

**Eneida Ochoa Avila,
Raquel García Flores,
Christian Oswaldo Acosta Quiroz,
Santa Magdalena Mercado Ibarra
(coordinadores)**

editorial
fontamara

 fontamara
digital

Primera edición: diciembre 2022

La presente obra ha sido dictaminada bajo un proceso de riguroso doble ciego por pares académicos externos.

Publicación financiada con recurso PROFAPI - 2022

Reservados todos los derechos conforme a la ley

DR. © Eneida Ochoa Avila, Raquel García Flores,
Christian Oswaldo Acosta Quiroz, Santa Magdalena Mercado Ibarra

DR. © Editorial Fontamara, S.A. de C.V.
Av. Hidalgo No. 47-b, Colonia Del Carmen
Alcaldía de Coyoacán, 04100, CDMX, México
Tels. 555659-7117 y 555659-7978
Email: contacto@fontamara.com.mx
coedicion@fontamara.com.mx
www.fontamara.com.mx

ISBN Fontamara 978-607-736-799-4

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

COMITÉ CIENTÍFICO

Dra. Elba Abril Valdez

Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo A.C.

Dra. María del Refugio Acuña Gurrola

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Dr. Jorge Carlos Aguayo Chan

Universidad Autónoma de Yucatán

Dr. Raúl José Alcázar Olán

Universidad Iberoamericana Campus Puebla

Dr. Enrique Berra Ruiz

Universidad Autónoma de Baja California

Dra. Verónica Boeta Madera

Universidad Marista de Mérida

Dra. Nancy Patricia Caballero Suárez

Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas (CIENI)

Dr. Gilberto Manuel Córdova Cárdenas

Instituto Tecnológico de Sonora

Dr. Roberto Chávez Nava

Instituto Tecnológico de Sonora

Dra. María Fernanda Durón Ramos

Instituto Tecnológico de Sonora

Dra. Karina Franco Paredes

Universidad de Guadalajara

Dr. Rubén García Cruz

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Dra. Anel Hortensia Gómez San Luis

Universidad Autónoma de Baja California

Dr. Kenneth David Madrigal Alcaraz

Universidad de Sonora

Dra. María Esther Mejía León

Universidad Autónoma de Baja California

Dra. María de las Mercedes Morales Briseño

Universidad Anáhuac Querétaro

Dr. Agustín Negrete Cortés

Universidad Autónoma de Baja California

Dra. Norma Angélica Ortega Andrade

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Dr. Celso Ortiz Marín

Universidad Autónoma Indígena de México

Dr. Ricardo Pérez Ibarra

Instituto Tecnológico de Sonora

Dra. María de Lourdes Preciado Serrano

Universidad de Guadalajara

Dra. Rosario Román Pérez
Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C.
Claudia Salinas Boldo
Universidad Autónoma de Baja California
Dra. Soraya Santana Cárdenas
Universidad de Guadalajara
Dr. Carlos David Solorio Pérez
Universidad Autónoma de Baja California
Dra. Andrómeda Ivette Valencia Ortiz
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
Dra. Libia Yanelli Yanez Peñúñuri
Universidad de Sonora

Cuerpos Académicos participantes:
“Aprendizaje, desarrollo humano y desarrollo social”
“Actores y procesos psicoeducativos”

ÍNDICE

Prólogo

Tonatiuh García Campos

SECCIÓN I

SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN MENORES DE EDAD

Socialización como comportamiento de apego en infantes institucionalizados y no institucionalizados

Joselinn Murataya Gutiérrez

Diana Mejía Cruz

Laurent Ávila Chauvet

Autoeficacia y actividad física en niños de primaria de una ciudad fronteriza con Estados Unidos

Ricardo Sandoval Domínguez

Juan Carlos Manríquez Betanzos

Sonia Beatriz Echeverría Castro

Luis Arturo Pacheco Pérez

Efectos de una intervención psicoeducativa en variables relacionadas con la obesidad en adolescentes: un estudio comparativo

Paola Escobedo Hernández

José C. Gaxiola Romero

Raquel García Flores

SECCIÓN II

SALUD, BIENESTAR Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS

Variables demográficas y de personalidad en relación con el bienestar subjetivo en trabajadores de salud del noroeste de México

Laura Sugely Borboa López

Jesús Tánori Quintana

José Ángel Vera Noriega

Fernanda Inéz García Vázquez

Salud física y mental, calidad de vida y satisfacción con la vida en adultos jóvenes

Víctor Alexander Quintana-López

Cecilia Ivonne Bojórquez-Díaz

Laura Fernanda Barrera-Hernández

Karina de Jesús Díaz-López

Malestar emocional y variables asociadas en estudiantes universitarios del sur de Sonora

Katya Lissette Armenta Osuna

Raquel García Flores

Angélica Riveros Rosas

Christian Oswaldo Acosta Quiroz

Contextos de violencia que promovieron la búsqueda de atención psicoterapéutica en Nayarit. Estudio con perspectiva de género

Ma. del Rocío Figueroa Varela

Raúl Gutiérrez Mercado

Asociación entre regulación emocional, conducta alimentaria y ejercicio físico en tiempos de pandemia por covid-19

Samantha Lizeth González Escobar

Raquel García Flores

Anabel de la Rosa Gómez

Sonia Beatriz Echeverría Castro

Asunción de riesgo e impulsividad como predictores del consumo excesivo de alcohol

José Oswaldo Leyva Vizcarra

Diana Mejía Cruz

Laurent Ávila Chauvet

Razones para no usar bicicleta como medio de transporte: estudio transversal en una comunidad universitaria

Nora Hemi Campos Rivera

Oscar Gallardo Frías

Mariana Álvarez Guzmán

Teresa Iveth Sotelo Quiñonez

SECCIÓN III VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS RELACIONADOS CON LA SALUD Y BIENESTAR

Adaptación y validación de una escala de actitudes hacia personas en situación de calle

Sandra Patricia Armenta Camacho

Santa Magdalena Mercado Ibarra

Carlos Alberto Mirón Juárez

María Teresa Fernández Nistal

Validación del Instrumento para la evaluación del capital psicológico en organizaciones Ipsi-cap-24 en trabajadores mexicanos

Jehomara Anahí Mercado Obeso

Claudia García Hernández

María de Lourdes Preciado Serrano

Carlos Alberto Mirón Juárez

Diseño y validación de una escala de percepción de riesgo hacia el acoso sexual callejero para población mexicana

María José Caballero García

Carlos Alberto Mirón Juárez

Eneida Ochoa Avila

Santa Magdalena Mercado Ibarra

Validación de la Escala de Estrés para Diabetes tipo II, versión 12, en mayores mexicanos

Cassandra López Méndez

Christian Oswaldo Acosta Quiroz

Jesús Tánori Quintana

Raquel García Flores

PRÓLOGO

El 11 de marzo del 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la pandemia por la enfermedad transmitida por el virus SARS-COV-2, situación que cambió gran parte de la vida de los seres humanos del planeta, y que a la fecha seguimos experimentado los efectos de la misma.

En México, se reportó el primer caso de covid-19 el 27 de febrero de 2020. Así, los casos fueron incrementándose exponencialmente hasta que el 14 de marzo de 2020 la Secretaría de Educación Pública (SEP) adelantó y extendió el periodo de vacaciones. Para el 23 de marzo de 2020, la Secretaría de Salud decretó la Jornada Nacional de Sana Distancia en México, exhortando a todos los ciudadanos al confinamiento y a mantener solo las actividades consideradas como esenciales. Finalmente, el penúltimo día de marzo la misma Secretaría definió que el país estaba en una emergencia de salud nacional.

Al pasar de todos estos meses, los ciudadanos del país hemos tenido que aprender a vivir y convivir con los cambios en nuestra cotidianidad y con los paradigmas en relación con nuestros comportamientos y la interacción con las demás personas; sin embargo, estos cambios han producido efectos en la salud de las personas como muchas investigaciones en el mundo han demostrado.

Ello si consideramos que desde mediados del siglo pasado la OMS ya definía a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (1956). Desde entonces, ha quedado demostrado la importancia de contar con equipos multi y transdisciplinarios que velen por la salud de las personas, siempre basados en conocimientos válidos y socioculturalmente pertinentes. Esta situación favoreció que muchos grupos de científicos se volcaran al estudio de la salud y el comportamiento humano a raíz de la emergencia sanitaria que vive el mundo.

El estudio de la salud requiere un abordaje holístico muy complejo. Por ello, la OMS no solo ha puesto el énfasis en entender a las personas como entes bio-psico-sociales, sino que también ha remarcado la importancia de las vivencias que los mismos individuos perciben. De ahí que el concepto de *calidad de vida* ha tomado un papel muy importante en los equipos de salud y en las políticas públicas que buscan la salud y el desarrollo social.

La OMS define la *calidad de vida* como la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y en el sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones, en donde la salud física, la salud psicológica, el nivel de independencia, las relaciones sociales, el ambiente y la espiritualidad son elementos que la conforman.

Ante esta necesaria concepción de la salud, de la importancia de la percepción de las personas respecto a sus vidas y al interés general que todo Estado y ciudadano debe tener con el desarrollo social, aquellos esfuerzos que vayan dirigidos hacia estos fines son bien recibidos por toda la sociedad. Es así que el presente libro responde a tan importantes fenómenos desde una perspectiva que incorpora como eje primordial a la sociocultura

y los contextos, lo que permitirá una mejor comprensión e intervención en la salud y la calidad de vida de las personas, dentro de un contexto de pandemia que ha transgredido toda visión *glocal*.

La presente obra surge del interés de profesionales de la salud por divulgar parte del conocimiento generado en un contexto de pandemia dentro de la maestría en Investigación Psicológica del Instituto Tecnológico de Sonora, con miras de aportar a la mejora de la salud y la calidad de vida de las personas.

Como se puede leer en su contenido, se abarcan diferentes esferas de la cotidianidad de los individuos, concentrándose en específico en el estado de Sonora, lo que refleja la importancia de la contextualización sociocultural del conocimiento y las intervenciones. Se presentan diversas investigaciones que, en su conjunto, consideran diferentes etapas del desarrollo del ser humano, desde la infancia hasta la adultez mayor, al igual que se proponen diversas herramientas que permiten la medición de variables relacionadas con la salud y el bienestar.

Así, esta obra invita a la reflexión sobre la complejidad del fenómeno de la salud, además de aportar conocimientos que abonan a las construcciones teóricas y a las intervenciones que favorezcan el desarrollo social, la calidad de vida y, por supuesto, la salud de los individuos y, más específicamente, de las personas que habitan el estado de Sonora.

Dr. Tonatiuh García Campos
Profesor-investigador de Tiempo Completo
Universidad de Guanajuato

SECCIÓN I
SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN MENORES DE EDAD

SOCIALIZACIÓN COMO COMPORTAMIENTO DE APEGO EN INFANTES INSTITUCIONALIZADOS Y NO INSTITUCIONALIZADOS

*Joselinn Murataya Gutiérrez**
*Diana Mejía Cruz**
*Laurent Ávila Chauvet**
Instituto Tecnológico de Sonora*

Resumen

Los estudios en infantes institucionalizados han encontrado dificultades de apego, lo cual impacta en su socialización, funcionamiento cognitivo y aprovechamiento académico. Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue comparar la conducta de apego de socialización de niños institucionalizados y no institucionalizados a través de una tarea computarizada. Se evaluaron a 11 infantes de 4-6 años que residían en una institución y 11 infantes que residían en sus propios hogares, a quienes se les aplicó de manera virtual la tarea Strange Situation Procedure. Los resultados muestran que no hay diferencias significativas entre grupos en el promedio de las veces que interactuaron con el cuidador o el extraño; sin embargo, el grupo de niños institucionalizados utilizó más el botón de emociones para socializar. En futuros estudios, se sugiere un aumento de la muestra para tener mejor certeza de la validez del instrumento y de los resultados.

Antecedentes

El apego y su relación con el maltrato infantil

Investigaciones recientes en el campo del maltrato infantil han asociado el maltrato con mayores problemas de salud mental (Riquelme *et al.*, 2020; Engler *et al.*, 2020; Bruce *et al.*, 2019). Por ejemplo, en un metanálisis realizado por Reinelt *et al.* (2016), donde se analizaron 25 estudios sobre apego en infantes que viven en instituciones, los autores encontraron tasas de prevalencia de aproximadamente 40% para problemas de apego inseguro y 22% para apego desorganizado en esta población.

Conceptualización del apego

La teoría del apego de Bowlby (1969) ha tratado de dar una explicación a este fenómeno. Esta teoría define el apego como un vínculo emocional que desarrolla el infante con la persona que lo cuida, ya que ésta le proporciona una seguridad emocional indispensable para un buen desarrollo. Esta teoría sugiere que los problemas de apego se determinan en

gran medida por la falta de accesibilidad y capacidad de respuesta de la principal figura de afecto del infante.

Según Bowlby, la conducta de apego (1969) se presenta a través de comportamientos que hacen que un infante conserve proximidad respecto a otro individuo preferido; dicha conducta puede consistir en una mera verificación visual o auditiva del lugar en que se halla y en el intercambio ocasional de miradas y saludos, así como en una tendencia a llamarla o a llorar. Este planteamiento también ha podido observarse en distintas especies de animales como perros, gatos, ratas, monos, etc. (Barrera y Bentosela, 2021; Vitale, Behnke y Udell, 2019).

Apego y socialización

Por otro lado, respecto a las manifestaciones de apego en poblaciones específicas como instituciones que albergan a infantes con maltrato, se ha determinado que esta población se caracteriza por tener dificultad para mantener relaciones cercanas; es decir, no reconocen quién es su cuidador principal, por lo que establecen vínculos, pero éstos no se mantienen (Bowlby, 1969).

Por su parte, investigaciones recientes sobre la capacidad de socialización (capacidad del infante de relacionarse con su cuidador a través de emociones positivas como sentimientos de seguridad, confianza y alegría, que invitan al cuidador a acercarse al infante, o emociones negativas como inseguridad, desconfianza, ira y miedo, que se expresan a través de conductas que impiden el contacto del cuidador con el infante) de los niños institucionalizados coinciden en que los menores tienen cierta tendencia a presentar problemas y dificultades a la hora de establecer y mantener contacto e interacciones sociales (Verza *et al.*, 2012; Bowlby, 1969).

Se ha encontrado también que estos niños pueden entrar demasiado en contacto con adultos relativamente extraños y rara vez discriminan socialmente entre el cuidador y los adultos desconocidos (Jonkman *et al.*, 2014). En relación con lo anterior, en su estudio sobre problemas de apego en infantes institucionalizados, Toledo (2018) concluyó que esto se debe en parte a que dentro de estas instituciones hay muchas personas que cuidan de los niños, lo que genera una limitación en el desarrollo de una figura de apego para el niño.

Por otro lado, respecto a la evaluación del apego se ha encontrado que uno de los procedimientos más utilizados en la literatura para evaluar el apego es el denominado Stranger Situation Procedure (ssp), desarrollado por Ainsworth (1969). Este procedimiento implica evaluar en condiciones de laboratorio la interacción que tiene el niño con su cuidador principal y un adulto extraño con el fin de determinar un estilo de apego. Sin embargo, un estudio desarrollado por Prince *et al.* (2021) sugiere que el ssp, a pesar de cumplir con los requisitos para un estándar de oro, requiere mucho tiempo y no proporciona un registro objetivo de la conducta infantil.

En relación con lo anterior, la ciencia del desarrollo está comenzando a adoptar procedimientos de medición objetivos mediante tecnologías para capturar la conducta de apego

de socialización, ya que este tipo de medición tiene el potencial de reducir los recursos necesarios para aumentar la precisión de la medición (Dawson y Sapiro, 2019).

Planteamiento del problema

Estudios en infantes que son separados de sus cuidadores a causa del maltrato y son albergados en instituciones han determinado que esta población tiende a tener problemas de apego, debido a la carencia de un fuerte apego con sus cuidadores. Además, estos estudios enfatizan que, si no se establece un buen vínculo de apego en el niño, habrá avances evolutivos que no se lograrán como la capacidad para construir vínculos afectivos y la regulación emocional, lo cual causaría problemas para relacionarse en la adultez, como comportamiento afectivo inmaduro, lo cual no le permitirá establecer relaciones duraderas (Kochanska *et al.*, 2010; Bowlby, 1969).

Es importante destacar que, aunque la literatura científica sobre apego y acogimiento residencial ha tenido un gran crecimiento en los últimos años, todavía son escasos los estudios centrados en analizar tanto el apego y las dificultades en los niños en acogimiento residencial como las variables de apego específicas como la socialización. Asimismo, se ha encontrado un vacío en el conocimiento de los instrumentos virtuales que permitan medir de manera objetiva el apego (Yuguero *et al.*, 2018; Hajal y Paley, 2020; Fraley y Roisman, 2019; Prince *et al.*, 2021).

Por tal razón, es importante que se realicen más estudios que analicen esta relación, ya que se ha demostrado que a través de la medición de las conductas que componen el apego es posible comprender las necesidades emocionales de los infantes e intervenir en ellas en los casos necesarios (Román y Palacios, 2010).

Por lo anterior, surge la siguiente pregunta:

¿Cuál es la relación entre la institucionalización/no institucionalización y la conducta de apego de socialización (emociones positivas) hacia un cuidador principal y un extraño en infantes de 4-6 años, medidos a través de una tarea computarizada?

Objetivo

Comparar la conducta de apego de socialización (emociones positivas) de niños institucionalizados y no institucionalizados a través de una tarea computarizada.

Objetivos específicos

Evaluar la conducta de apego de socialización (emociones positivas) en infantes institucionalizados y no institucionalizados.

Método

Tipo de estudio

Investigación de campo de carácter cuantitativo con un diseño cuasi experimental, seccional, descriptivo, de comparación de grupo experimental y grupo control.

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 15 niños y siete niñas, distribuidos en un grupo experimental de 11 infantes que residían en una institución para infantes con antecedentes de maltrato y tres cuidadores que se hacían cargo de los niños en la institución. En el grupo control, participaron 11 infantes que residían en sus propios hogares y un padre por cada infante. Todos los participantes de 4-6 años, con un nivel socioeconómico medio, fueron residentes de Sonora elegidos a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia.

Aspectos éticos

Para la aplicación de la evaluación, se pidió la aprobación del Comité de Bioética del Instituto Tecnológico de Sonora (ID 86) y se utilizó un consentimiento informado acorde con la Declaración de Helsinki. En el consentimiento se les comentaba a los cuidadores responsables acerca del objetivo de la investigación y la confidencialidad de los datos.

Criterios de inclusión

En el estudio, se incluyeron aquellos infantes de entre 4 y 6 años que residían en una institución para infantes con antecedentes de maltrato, mientras que para el grupo control se pedía que fueran niños que vivieran con sus padres.

Instrumentos

Strange Situation Procedure (Ainsworth, 1967)

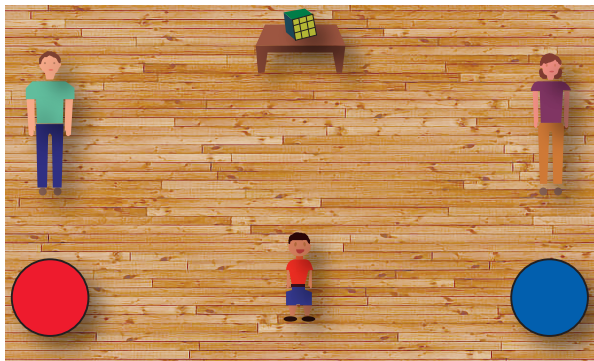
Se realizó una adaptación en línea del protocolo de la SSP disponible para teléfonos celulares y computadoras. Dicha adaptación fue validada a través del juicio de dos expertos, quienes señalaron ajustes en la tarea respecto a las acciones por parte de los personajes y la mejora de las instrucciones auditivas para que la tarea fuera mejor comprendida por los infantes, por lo que la tarea empezó dando un mensaje a través de un audio donde se les explicaba a los infantes las instrucciones; además, se agregó un episodio de prueba para que se familiarizaran con la tarea. Durante el resto de los episodios, se simulaba la situación en la que un infante se encontraba en un “cuarto” con un extraño y con su cuidador a través de un juego (ver Fig. 1). Los personajes; es decir, el niño, el cuidador y el extraño, fueron representados por un avatar. Al iniciar el juego, se le señalaba al niño

quién era cada personaje a través de un audio. Asimismo, se programaron 9 episodios con diferentes situaciones en las que el menor tenía la opción de desplazarse con su dedo hacia el cuidador o el extraño, o interactuar con el juguete. Además, por medio de dos botones en forma de círculo los niños podían socializar con los personajes, ya que al presionarlos se escuchaba un audio que representaba emociones positivas o negativas (ejemplo: “Ven conmigo, vamos a jugar” o “Aléjate de mí”). La tarea se diseñó de tal manera que las acciones que realizó el infante durante el juego permitieron simular un criterio para medir la conducta de apego de socialización.

A continuación, se describe el criterio:

Socialización. Para medir este criterio, la tarea registró en una base de datos una variable dicotómica continua donde se señalaba el número de veces que el infante presionaba el botón que realizaba ya sea una acción positiva o una negativa hacia el cuidador o el extraño. A partir de estos datos, para realizar los análisis correspondientes se optó por crear una variable donde se señalara la frecuencia del número de veces que el infante presionaba el botón de emociones positivas hacia su cuidador o el extraño durante los episodios. Para determinar esta variable, se dividió la frecuencia absoluta entre el total de las veces que los infantes presionaron el botón de emociones positivas, para así poder obtener promedios entre grupos. En relación con el número de episodios donde se registraron medidas de socialización, solo se tomó en cuenta el episodio 2, 3, 4, 5, 6, 8, ya que en el episodio 0 (episodio de prueba o línea base), 1 y 7 no aparecían personajes para interactuar.

Figura 1. *Tarea virtual*



En relación con los análisis de validez del instrumento, en la tarea original respecto a la validez de constructo se ha encontrado asociación significativa entre las variables apego madre-niño y apego de la madre, lo que demuestra consistencia interna del test muy buena para la validez de contenido (Oiberman y Rodríguez, 2014).

Procedimiento

Se contactó a una institución que albergaba a niños sin hogar del sur de Sonora. Se informó a las autoridades de la institución sobre el objetivo de la investigación y se procedió a la firma del consentimiento informado de los tutores. Posteriormente, se aplicó la tarea computarizada a los infantes del grupo experimental y al grupo control, la aplicación de la tarea fue en un lugar sin distracciones. El aplicador puso la tarea en un dispositivo. A pesar de que la tarea por sí sola señala de manera auditiva las instrucciones, el aplicador le preguntaba al niño si tenía alguna duda. Una vez terminada la tarea, los resultados se iban directamente a una base de datos donde fue posible realizar los análisis de normalidad a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov y análisis descriptivos para comparar las medias de ambos grupos. Asimismo, se utilizó la U de Mann-Whitney para ver si existían diferencias significativas entre las medias.

Tabla 1. *Comparación de medias de la conducta de apego emociones positivas (EMP) en infantes institucionalizados y no institucionalizados a través del procedimiento de la situación extraña*

Emociones positivas (EMP) por episodios	Tipo de muestra								U	P	η^2
	Institucionalizado				No institucionalizado						
	M	DS	SEM	Rango	M	DS	SEM	Rango			
EMP.EP. 1 (niño-cuidador)	.333	.357	.10	13.59	.100	.173	.052	9.41	37.500	.090	-0.513
EMP. EP.2 (niño-cuidador)	.136	.205	.06	11.14	.190	.281	.084	11.86	56.500	.760	-0.099
EMP. EP.3 (niño-extraño).	.348	.390	.11	11.68	.310	.336	.101	11.32	58.500	.889	-0.041
EMP. EP.4 (niño-extraño).	.418	.446	.13	13.18	.166	.258	.077	9.82	42.000	.184	-0.400
EMP. EP.5 (niño-extraño).	.393	.382	.11	13.00	.227	.318	.096	10.00	44.000	.251	-0.346
EMP. EP.6 (niño-cuidador)	.212	.342	.10	12.00	.136	.235	.071	11.00	55.000	.662	-0.131
EMP. EP.8 (niño-cuidador)	.266	.370	.11	11.70	.156	.230	.069	10.36	48.000	.572	-0.170

Resultados

Según el análisis estadístico, para conocer la normalidad de los datos, en este caso la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, se encontró que los datos no estaban distribuidos de manera normal. Por tal razón, se optó por usar la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para comparar dos muestras independientes con el fin de conocer si había diferencias significativas entre las medidas del grupo que vivía con sus padres y el grupo que vivía en una institución (como se puede observar en la Tabla 1). Los análisis descriptivos demuestran que el grupo que vivía en una institución presionó más veces el botón de emociones positivas en tres de los episodios donde aparecía el extraño (episodios 3, 4, 5) y en dos de los episodios donde aparecía el cuidador (episodios 6, 8) con una media de .348, .418, .393, .212 y .266 respectivamente a comparación del grupo que vivía con sus padres con medias de .310, .166, .227, .136 y .157. Sin embargo, el análisis no mostró diferencias menores a .05, por lo que se asume que, aunque hay ciertas diferencias, no son significativas en ningún episodio.

Discusión

El presente estudio encontró resultados contradictorios con la literatura. No se encontraron diferencias significativas entre los grupos, en el promedio de las veces que los niños buscaron interactuar con el cuidador o el extraño utilizando el botón de emociones positivas para socializar, lo cual difiere de algunos estudios como el de Jonkman *et al.* (2014) y Verza *et al.* (2012), quienes encontraron que sí había diferencias en la socialización de ambos grupos. Con esto, se concluye que los infantes que viven en instituciones rara vez discriminan socialmente entre el cuidador y los adultos desconocidos. Cabe resaltar que estas diferencias entre estudios pueden deberse en parte a su metodología, ya que el estudio tuvo ciertas limitaciones respecto a la tarea virtual del procedimiento de la situación extraña en cuanto a la validez ecológica, debido a que era la primera vez que este procedimiento experimental para evaluar el apego se hacía de forma virtual en México. Por lo tanto, para futuros estudios se sugiere replicar la prueba y aplicarla en una mayor cantidad de participantes para tener una mejor certeza de los resultados. Asimismo, se sugiere hacer una comparación entre la tarea virtual y original para observar las diferencias.

Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-5*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Ainsworth, M. (1967). *Infancy in Uganda: Infant care and the growth of love*. Recuperado de <https://psycnet.apa.org/record/1967-35025-000>.
- Barrera, G., & Bentosela, M. (2021). Los perros y su estrecho vínculo con las personas ¿Qué los hace únicos? *Revista de Psicología*, 102-102. 10.24215/2422572Xe102.

- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Volume III: Loss, sadness and depression*. In *Attachment and Loss: Volume III: Loss, Sadness and Depression* (pp. 1-462). London: The Hogarth press and the institute of psycho-analysis. Recuperado de <https://pep-web.org/browse/document/IPL.109.0001A>.
- Bruce, M., Young, D., Turnbull, S., Rooksby, M., Chadwick, G., Oates, C., ... & Minnis, H. (2019). Reactive Attachment Disorder in maltreated young children in foster care. *Attachment & Human Development, 21*(2), 152-169. 10.1080/14616734.2018.1499211.
- Dawson, G., & Sapiro, G. (2019). Potential for digital behavioral measurement tools to transform the detection and diagnosis of autism spectrum disorder. *JAMA Pediatrics, 173*(4), 305-306. 10.1001/jamapediatrics.2018.5269.
- Engler, A. D., Sarpong, K. O., Van Horne, B. S., Greeley, C. S., & Keefe, R. J. (2020). A systematic review of mental health disorders of children in foster care. *Trauma, Violence, & Abuse, 15*24838020941197. 10.1177/1524838020941197.
- Fraley, R. C., & Roisman, G. I. (2019). The development of adult attachment styles: *Four Lessons*. *Current Opinion in Psychology, 25*, 26-30.
- Hajal, N. J., & Paley, B. (2020). Parental emotion and emotion regulation: A critical target of study for research and intervention to promote child emotion socialization. *Developmental Psychology, 56*(3), 403.
- Jonkman, C. S., Oosterman, M., Schuengel, C., Bolle, E. A., Boer, F., & Lindauer, R. J. (2014). Disturbances in attachment: Inhibited and disinhibited symptoms in foster children. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 8*(1), 1-7. 10.1186/1753-2000-8-21.
- Kochanska, G., Koenig, J. L., Barry, R. A., Kim, S., & Yoon, J. E. (2010). Children's conscience during toddler and preschool years, moral self, and a competent, adaptive developmental trajectory. *Developmental Psychology, 46*(5), 1320. 10.1037/a0020381.
- Oiberman, A. J., & Rodriguez, G. M. (2014). Adaptación y sistematización de una escala de apego para niños pequeños. Recuperado de <https://notablesdelaciencia.conicet.gov.ar/handle/11336/32924>.
- Prince, E. B., Ciptadi, A., Tao, Y., Rozga, A., Martin, K. B., Rehg, J., & Messinger, D. S. (2021). Continuous measurement of attachment behavior: A multimodal view of the strange situation procedure. *Infant Behavior and Development, 63*, 101565. 10.1016/j.infbeh.2021.101565.
- Reinelt E., Stopsack M., Aldinger M., John U., Grabe H.J., & Barnow, S. (2013). Testing the diathesis-stress model: 5-HTTLPR, childhood emotional maltreatment, and vulnerability to social anxiety disorder. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatr Genet 162*(3), 253-261. 10.1002/ajmg.b.32142.
- Riquelme Pereira, N., Bustos Navarrete, C., & Parada, B. V. (2020). Impacto del maltrato infantil en la prevalencia de trastornos mentales en niños y adolescentes chilenos. *Ciencia y Enfermería, 26*. 10.29393/ce26-12imnc30012.

- Román, M., & Palacios, M. E. (2010). Determinación de niveles basales de colinesterasa en jornaleros agrícolas. *Revista de la Facultad de Medicina*, 52(002), 253947532.
- Toledo, M. (2018). *El apego en niños institucionalizados* [Trabajo Final de Grado en Psicología, Universidad de la República], Montevideo. Recuperado de <https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos>.
- Verza, F., Bratu, M., & Foloștină, R. (2012). Aspects of emotional life and communication in institutionalized children. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 33, 687-691. 10.1016/j.sbspro.2012.01.209.
- Vitale, K. R., Behnke, A. C., & Udell, M. A. (2019). Attachment bonds between domestic cats and humans. *Current Biology*, 29(18), R864-R865. Doi: 10.1016/j.cub.2019.08.036.
- Yuguro, M. (2018). ¿Qué papel tiene el apego en la aparición de dificultades y fortalezas en menores en acogimiento residencial? *Psychology, Society & Education*, 10(2), 10835/6023.

AUTOEFICACIA Y ACTIVIDAD FÍSICA EN NIÑOS DE PRIMARIA DE UNA CIUDAD FRONTERIZA CON ESTADOS UNIDOS

*Ricardo Sandoval Domínguez**
*Juan Carlos Manríquez Betanzos**
*Sonia Beatriz Echeverría Castro***
*Luis Arturo Pacheco Pérez**
Universidad de Sonora*
Instituto Tecnológico de Sonora**

Resumen

Una variable importante para estudiar los hábitos de los individuos es la autoeficacia, la cual ayuda a ejercer un control sobre el propio comportamiento y el ambiente en donde se desarrollan las personas. En este estudio, se tuvo como objetivo identificar la relación entre la autoeficacia para la actividad física y los hábitos de actividad física de los niños. Para ello, se realizó una investigación no experimental, descriptiva correlacional transversal, con la participación de 360 niños y niñas de las edades de 8-12 años, estudiantes de educación primaria de los grados 4to, 5to y 6to de una ciudad fronteriza de Sonora con Estados Unidos. Se encontró una correlación positiva débil y significativa de .33 entre la autoeficacia y los hábitos de actividad física.

Introducción

La autoeficacia es un componente central de la teoría cognitiva que se refiere a la creencia en la capacidad para ejecutar los comportamientos necesarios para lograr resultados deseados. La autoeficacia está asociada con muchos problemas de salud conductuales como dejar de fumar y la actividad física (AF). La autoeficacia determina si se iniciará un cambio de comportamiento de salud, cuánto esfuerzo se gastará y cuánto tiempo será sostenida frente a obstáculos y fracasos (Bandura, 1997).

La autoeficacia se relaciona con la perseverancia para superar dificultades y barreras para realizar una acción o comportamiento. Es una variable esencial para desarrollar hábitos de AF que se mantengan y perduren aun cuando existan periodos de pausa (AF) (Gómez, Plata, Pineda-García, Guzmán y León, 2017).

Las creencias de autoeficacia respecto a la AF, así como otras variables relacionadas como la competencia percibida para la AF y el apoyo de los adultos, se han relacionado con el involucramiento de los niños en actividades deportivas como clases de educación física, deportes de conjunto o individuales, competencias deportivas, entre otras (Alcalá, 2016).

Son múltiples los estudios que han investigado la relación entre la autoeficacia y la AF. La conclusión es que el desarrollo temprano de actitudes positivas hacia esta práctica tiene un papel importante sobre la tendencia personal hacia la adquisición de un estilo de vida activo y saludable en edades posteriores (Suton *et al.*, 2013; Zurita *et al.*, 2017).

Antecedentes

En un estudio realizado con niños mexicanos de 11 años inscritos en primaria, los niños mostraron altos puntajes en autoeficacia para perder y mantener su peso. Hubo diferencias significativas según su sexo, los hombres realizan más AF y poseen más autoeficacia (De la Cruz, Guzmán, Gómez y Plata, 2018).

La autoeficacia, la autoestima y la imagen corporal son elementos consistentemente relacionados con la AF entre los jóvenes. Se evalúan como parte de sus características personales y son un mediador entre las inconstantes sociales y ambientales (Hayes y Van Camp, 2015).

En un estudio desarrollado con niños españoles, se encontró que la autoeficacia se relacionaba de forma débil y significativa con la AF (.44) y con la variable de disfrute (.39). Además, los resultados indican que tanto niñas y niños se encuentran por encima de la media en su autoeficacia y frecuencia de AF (García, Tejero, Cornejo y Veiga, 2019).

Cataldo *et al.* (2013) compararon niños con y sin obesidad y encontraron que los escolares que tienen menores puntuaciones en autoeficacia realizan menos AF. Como era de esperarse, los clasificados como obesos son los que se mostraron con menores puntuaciones en autoeficacia y AF.

En una investigación con niños colombianos de 10 a 14 años, se observó que la autoeficacia se relaciona con la AF. Las actividades que los escolares realizaban para mantenerse activos fueron las siguientes: 32% practicaba deporte extraescolar, 356% mencionó correr por lo menos 8 minutos diarios sin parar y 64% de los escolares percibe que no tiene las habilidades necesarias para jugar su deporte favorito (García *et al.*, 2020).

En un estudio desarrollado con niños peruanos de educación primaria de 11 años, se encontró que las variables de disfrute y autoeficacia se relacionan con la AF. Además, se identificó una correlación entre el disfrute y la autoeficacia, por lo que los estudiantes que poseen altas puntuaciones en disfrute también tienen resultados altos en su autoeficacia. Por último, los niños presentaron niveles aceptables de AF (Rodríguez y Tarazona, 2020).

Los resultados de la investigación desarrollada por Clevinger *et al.* (2017) con niños estadounidenses de sexto grado de primaria muestran que la autoeficacia para la AF tiene una relación con la frecuencia de AF, por lo que es más probable que los niños que se sienten más eficaces al realizar algún tipo de AF lo hagan.

En un estudio realizado con niños con dificultades respiratorias, los niños señalaron los beneficios asociados con la salud como la razón más frecuente para hacer AF, seguidos por el disfrute, la continuación de un estilo de vida activo y razones funcionales. La razón más frecuente para ser sedentario fue el clima, seguida de problemas de salud y falta de

motivación intrínseca. Un alto nivel de actividad física se relacionó con el disfrute y la autoeficacia para la actividad física. Un bajo nivel de actividad física se relacionó con el clima que influía en la salud, las limitaciones financieras, la salud y la vergüenza (Hartman, Ten Hacken, Boezen & De Greef, 2013).

Dishman *et al.* (2004) encontraron que el aumento de la autoeficacia específica al tipo de actividad tiene un efecto directo en el aumento de los hábitos de AF. Los resultados alientan el uso de la autoeficacia como variable mediadora específica en las intervenciones diseñadas para aumentar la actividad física entre las niñas.

Álvarez (2016) atribuye el éxito de una intervención realizada para aumentar la AF en los niños a la relación que tiene la autoeficacia para la AF con los hábitos de AF. Además, se agregan el uso mediador de autoeficacia con la práctica de AF, el mayor tiempo dedicado a la AF en las clases de educación física, el desarrollo de destrezas físicas de por vida, la adopción de estrategias conductuales y el desarrollo de entornos propicios para la AF.

Planteamiento del problema

En muchos entornos occidentales, una gran cantidad de niños no hacen las pautas de AF recomendadas. Por lo general, los que son más activos físicamente tienen niveles más bajos de grasa corporal comparados con los menos activos. Los comportamientos activos se han visto desplazados por actividades más sedentarias que han contribuido a reducir el gasto energético de la AF (Hills, Andersen y Bryne, 2011).

En una revisión sistemática de estudios de los hábitos de alimentación en contextos urbanizados, se menciona que las personas tienden a comer más alimentos chatarra con una disminución en el consumo de carnes, pescado, huevo, frutas y verduras, con un aumento en el consumo de cereales, tubérculos, aceites, grasas, refrescos y alimentos procesados con altos contenidos de conservadores (Navarro *et al.*, 2014).

Resulta ser un hecho incuestionable que no todos los individuos comen lo mismo, ni de la misma manera, ni bajo las mismas situaciones. Hoy en día, las dietas en la sociedad urbana se determinan por su concentración en el consumo de carbohidratos, alimentos fabricados y comidas influenciadas por las incomparables culturas. Esto difiere de las comunidades rurales, donde las dietas se mantienen en servicios agrícolas inadecuados a los sistemas de agricultura básica, mezclados con víveres elaborados por la industria (Magaña y Sevilla, 2012).

La prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños mexicanos, reportados en la Encuesta Nacional en Salud (ENSANUT) 2012 a 2018, aumentó de 32 a 41%. Se presentó una puntuación mayor en el sexo masculino con 38% y en el femenino con 33%, y a partir de los 8 años. De acuerdo con la escala de 1 a 5 puntos, los estudiantes poseyeron una media de AF de 2.5, mostrando que dedican en promedio tres horas diarias frente al televisor. Dentro de las actividades realizadas más usuales estuvieron correr y saltar la cuerda. No se obtuvieron diferencias significativas en la AF realizada según el sexo y la edad. No existió asociación entre AF y peso corporal en los colegiales. Los resultados muestran que

los niños con obesidad dedican más horas a ver televisión en comparación con los de peso normal (Trejo, Jasso, Mollinedo y Lugo, 2012; ENSANUT, 2018).

En el caso del sur de Sonora, se encontró que solo 3% de los alumnos de 10 a 12 años tiene un peso bajo y 20% presenta obesidad o sobrepeso, prevaleciendo el sexo masculino en la mayoría de los casos. De esta población, 24% realiza AF moderada y las niñas se distinguen por sus bajos o muy bajos niveles de AF. Se observó una relación negativa que resulta contradictoria entre el estado nutricional y nivel de AF en ambos sexos (femenino $r = -0.19$; $p = 0.003$ y masculino $r = -0.55$; $p < 0.0001$). Se concluyó que la relación entre malnutrición y niveles bajos de AF serían considerados para crear tácticas anticipadas y de mediación (Rojo, Rojo y Martínez, 2021).

En un estudio internacional, se encontró que los alumnos más activos son los de Costa Rica, situándose la mayoría de ellos en la etapa de cambio activa, pero con un índice de práctica bajo, seguidos de los españoles, que abandonan más la práctica. México sobresalió como el país más ocioso, ya que presentó los mayores índices de abandono y los alumnos que practicaban lo hacían con un índice de práctica bajo en combinación con periodos de inactividad. Se alega que en las tres naciones las diferencias significativas encontradas en la percepción del clima motivacional de los estudiantes indican que el alumnado, en su mayoría, exige modificar los tipos de AF que realizan en su tiempo libre, en la conducta como índice de práctica (se aconsejan índices de actividad moderada y vigorosa) y en las etapas de cambio (Vilches y Ruiz, 2016).

El 83% de los niños mexicanos se clasificaron como individuos sedentarios. Asimismo, se obtuvo que una mayor proporción de niñas no desempeña las encomiendas de la OMS, 87% en balance con los niños 78%, $p = 0.04$. Sin embargo, no se hallaron diferencias por tipo de localidad. Además, al comparar por edad no se encontraron diferencias en los minutos de AF diarios. Tampoco por sexo, con excepción de los escolares de 14 años, en quienes se identificó que las chicas fueron menos activas en comparación con los chicos (Medina, Jáuregui, Campos y Barquera, 2016).

Justificación

Los hábitos y costumbres se establecen a lo largo del tiempo con la educación que se les da los niños en casa o en la escuela, ya que se ven afectados por los contextos sociales o factores psicológicos y emocionales de cada sujeto. Además, casi todos los factores que afectan a un hábito saludable o no se pueden sustituir, pero siempre es mejor adquirir un hábito saludable desde la niñez. Debido a la importancia que tienen los hábitos de AF en la primera infancia desde el punto de vista de la psicología de la salud, se busca comprender cómo y por qué se forman (Adelantado, Gordo y Sánchez, 2019; Wiseman, 2018).

Aunque ya se conoce que la frecuencia de AF es favorable para lograr la salud física y mental, se conoce poco sobre qué factores motivan que los niños se mantengan físicamente activos (Pannekoek, Piek y Hagger, 2013). Por ello, esta investigación proporcionó datos

sobre la relación que esto guarda con la autoeficacia, que ha sido considerada como una variable para adoptar la conducta saludable.

Además, son pocos los estudios realizados en México que relacionen la variable autoeficacia con la de AF. Se conocen algunos instrumentos desarrollados para medir autoeficacia para la AF, pero no hay estudios correlacionales que involucren estos dos constructos (Gómez, Plata, Pineda-García, Guzmán y León, 2017; Aedo y Ávila, 2009). En este país, también son pocos los estudios que han integrado esta variable en las intervenciones para aumentar la AF en los niños como se ha hecho en Estados Unidos (Dishman *et al.*, 2004; Álvarez, 2016).

Existen algunas barreras que impiden a niños y jóvenes realizar ejercicio o crear el hábito y comprometerse con algún programa de AF. Por esta razón, se deben aumentar las investigaciones que busquen explicar los aspectos psicológicos del ejercicio físico y así contribuir a la explicación del fenómeno que deriva en una problemática en la salud de los individuos a corto y mediano plazos (Huéscar, Rodríguez-Marín, Cervelló y Moreno-Murcia, 2014).

¿Cómo se relaciona la autoeficacia para la AF con los hábitos de realización de actividad física?

Objetivo

Identificar si existe una correlación entre la autoeficacia para la actividad física y los hábitos de actividad física de los niños que sean útiles como guías para elaborar programas de mejora de la AF de los infantes en edad escolar.

Método

Es un estudio no experimental, descriptivo correlacional transversal (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Participantes

Se seleccionaron participantes para utilizar un muestreo aleatorio por conglomerados seleccionando grupos al azar de diferentes clasificaciones (Pérez, 2008) en el que participaron en total 360 niños y niñas de las edades de 8-12 años de un nivel socioeconómico medio-bajo. Respondieron estudiantes de educación primaria de los grados 4to, 5to y 6to de escuelas primarias públicas del estado de Sonora del municipio de Nogales. Fueron 187 niñas y 173 niños de los cuales 41% estaban en 4to grado, 29% en 5to grado y 30% en 6to grado.

Instrumentos

Instrumento de autoeficacia para la prevención de la obesidad en niños escolares (Gómez, Platas, Pineda, Guzmán y León, 2017)

Mide la autoeficacia respecto a la prevención de la obesidad en niños escolares mexicanos de 8 a 13 años de edad. Consta de 14 ítems en formato Likert con cuatro opciones de respuesta, desde 1 = *no soy capaz de hacerlo*, hasta 4 = *soy muy capaz de hacerlo*.

El instrumento cuenta con cuatro factores denominados: a) autoeficacia para la actividad física, b) autoeficacia para evitar alimentos con bajo aporte nutricional, c) autoeficacia para la elección de alimentos saludables y d) autoeficacia para el control emocional. Se tomó solamente la escala de autoeficacia para la AF.

El análisis confirmatorio del modelo de medida indica un adecuado ajuste ($\chi^2/gl = 123.01/71$; NFI = 0.86; CFI = 0.93; GFI = 0.92; CMIN/DF = 1.73; RMSEA = 0.59, 90% [IC 0.1-0.06]). Además, muestra una alfa de .81 en el índice de consistencia interna.

Cuestionario de hábitos de vida en alimentación y actividad física para escolares de 8-12 años (Guerrero et al., 2014)

El instrumento mide los HA y AF. Se tomó solamente la escala de AF y está validado para su aplicación en niños mexicanos de 8-12 años. Consta de 11 ítems con cinco opciones de respuestas (desde 1 = *Nunca o menos de una vez al mes* hasta 5 = *Diariamente*) que evalúan la frecuencia semanal de una acción. Luego, se sumarán todas las respuestas, de modo que la puntuación más alta indique la conducta más saludable. La puntuación total mínima será 11 puntos y la máxima 55. Cada uno de los ítems tiene el mismo valor, no hay ítems ponderados.

El modelo de medida está conformado por dos factores: alimentación y actividad física. Los indicadores de bondad de ajuste del instrumento son [$gl = 43$, $\chi^2 = 50.94$, $p^{**} = .189$, IC [.00-.21], NFI = .885, RMSEA = .030, GFI = .960, CFI = .979, CMIN/DF = 1.18].

La confiabilidad de los reactivos que formaron parte del instrumento arrojó un Alfa de Cronbach global de 0.67.

Procedimiento

Primero, se realizó una revisión del estado del conocimiento sobre las variables de autoeficacia para la AF y los hábitos de AF para identificar las principales investigaciones que hayan aportado datos relevantes e instrumentos de medición válidos y confiables utilizados en el contexto mexicano.

Se informó al supervisor de zona sobre el propósito del estudio, de los beneficios que obtendrían con su participación y el compromiso del equipo de investigación de devolver los resultados encontrados. Posteriormente, se informó a los docentes y ellos informaron

a los padres de familia mediante los grupos de WhatsApp asignados para responder las escalas. Se envió el enlace hacia el cuestionario por formularios de Google al supervisor por correo electrónico y WhatsApp, después de que el supervisor informara a los maestros por WhatsApp y ellos enviaran la liga del instrumento, solicitaran acceso para compartirla con los padres de familia y recalcaran que debían ser los niños quienes respondieran como una tarea que era parte de su calificación.

Se les agradeció a los participantes y al personal escolar por su colaboración en el estudio y se les entregó un reporte en formato Excel de los resultados de los niños.

Análisis de datos

Con los datos obtenidos, se elaboró una base de datos en el SPSS versión 23 para realizar análisis descriptivos (Frecuencias porcentajes) e inferenciales (pruebas de distribución normal, Kolmogorov-Smirnov, con corrección de Lilliefors).

Al no presentar distribución normal de los datos, se optó por utilizar las pruebas no paramétricas, eligiendo la correlación Spearman para cumplir con el objetivo de estudio basándose en los siguientes índices para su interpretación .000 a .250 es escasa o nula, .260 a .500 débil, .510 a .750 es moderada, .760 a .999 fuerte, 1.00 perfecta (Martínez, Tuya, Martínez, Pérez, y Canovas, 2009).

Resultados

Se encontró que la mayoría de los participantes se sienten capaces de correr todos los días.

Tabla 1. *Frecuencia de soy capaz de correr todos los días*

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	6	2
En desacuerdo	24	6
Indeciso	71	20
De acuerdo	159	44
Totalmente de acuerdo	100	28
Total	360	100

Casi la mitad de los niños mencionó estar de acuerdo con que son capaces de hacer AF todos los días.

Tabla 2. *Frecuencia de soy capaz de hacer actividad física todos los días*

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	10	2.8
En desacuerdo	25	6.9
Indeciso	42	11.7
De acuerdo	178	49.4
Totalmente de acuerdo	105	29.2
Total	360	100.0

La mayoría de los niños mencionó que casi todos los días caminan por lo menos 15 minutos al día.

Tabla 3. *Frecuencia de camino por lo menos 15 minutos al día*

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o menos de una vez al mes	55	15
Más de dos veces en el mes	48	13
Más de tres veces por semana	57	16
Casi todos los días	107	30
Diariamente	93	26
Total	360	100

Alrededor de la mitad realiza actividad física cuando van jugar al parque, jardín o patio de su casa, seguido por quienes lo hacen 3 veces por semana (un poco menos del 10%).

Tabla 4. *Frecuencia de juego en el parque, jardín o patio con otros niños*

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o menos de una vez al mes	70	20
Más de dos veces en el mes	51	14
Más de tres veces por semana	66	18
Casi todos los días	105	29
Diariamente	68	19
Total	360	100

Alrededor de la mitad de los participantes menciona que casi todos los días o diariamente a la hora del recreo hacen algún deporte o AF.

Tabla 5. Frecuencia de a la hora de recreo hago algún deporte o actividad física

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o menos de una vez al mes	81	22
Más de dos veces en el mes	56	16
Más de tres veces por semana	63	17
Casi todos los días	100	28
Diariamente	60	17
Total	360	100

Se encontró una correlación positiva débil y significativa de $.331^{**}$ entre la autoeficacia y los hábitos de actividad física.

Tabla 6. Correlación entre autoeficacia y hábitos de actividad física

			Sumatoria autoeficacia de la AF	Sumatoria hábitos de actividad física
Rho de Spearman	Sumatoria autoeficacia de la AF	Coeficiente de correlación	1.000	$.331^{**}$
	Sumatoria hábitos de actividad física	Coeficiente de correlación	$.331^{**}$	1.000

** La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral).

Discusión

El objetivo fue analizar la correlación entre la autoeficacia para la actividad física y los hábitos de actividad física de los niños. Se encontró una correlación positiva débil y significativa de $.331^{**}$. Esto es similar a lo reportado en diferentes estudios en los que se obtuvieron correlaciones significativas y débiles (Rodríguez y Tarazona, 2020; Hartman, Ten Hacken, Boezen y De Greef, 2013).

También las puntuaciones indican que más de la mitad de los niños perciben una alta autoeficacia para realizar AF. Los niños mencionan que pueden hacer ejercicio casi todos los días, ir a caminar o algunos hacen deporte a la hora del recreo. Esto concuerda con

lo reportado por los autores que mencionan que los estudiantes tienen altas puntuaciones en autoeficacia, lo que aumenta sus niveles de AF (De la Cruz, Guzmán, Gómez y Plata, 2018; Hayes y Van Camp, 2015; García, Tejero, Cornejo y Veiga, 2019).

En relación a la frecuencia de AF reportada por los alumnos, la mayoría de los niños reportan realizar AF durante el recreo. Entre ellos, algunos señalan que realizan algún deporte. Esto es diferente a lo reportado en otras investigaciones que mencionan que los niños no cumplen con los estándares recomendados para la práctica de AF diaria (Vilches y Ruiz, 2016; Rojo, Rojo y Martínez, 2021; Trejo, Jasso, Mollinedo y Lugo, 2012; ENSANUT, 2018; Medina, Jáuregui, Campos y Barquera, 2016).

En los futuros planes o programas de intervención que busquen aumentar la AF en los niños se debe tener en cuenta la variable de autoeficacia para que los participantes puedan percibir que realmente pueden hacer AF. Asimismo, es recomendable trabajar con ellos sobre la importancia de practicar un deporte, no necesariamente para convertirse en profesionales, sino para adoptar un hábito saludable sano y un nuevo pasatiempo con el que pueden convivir padres, hijos o toda la comunidad estudiantil.

Se debe tener cuidado al interpretar estos resultados, ya que, si bien existe relación entre la autoeficacia para la AF y los hábitos de AF de los niños, se tienen que tomar en cuenta otras variables de estudio para las siguientes investigaciones como las creencias en salud, disfrute, y el ambiente físico y social del niño. Estas variables también pudieran tener una relación con los hábitos de AF y ofrecer una explicación del porqué de esta conducta.

Eso es lo que sigue en este proyecto de investigación: retomar los resultados que se conocieron, como la relación entre autoeficacia y hábitos de AF, e involucrar las variables anteriormente mencionadas para crear un modelo de trayectoria que pueda ofrecer una explicación sobre por qué los niños deciden o no adoptar un hábito de AF saludable (Dishman *et al.*, 2004; Álvarez, 2016). También se pudieran utilizar estos mismos hallazgos para estudiar otro hábito como la alimentación saludable, que es otra de las metas futuras.

Por último, dentro de las limitaciones que existieron en este trabajo estuvo que la aplicación fue en línea, lo que, si bien propició una amplia colaboración de docentes, padres de familia, directores, ATP y supervisores, algunos de los niños y sus familias no contaban con computadora o un celular para responder la encuesta, lo que dificultó hacerles llegar el cuestionario. En estos tiempos de pandemia, los directores y maestros reportaron que algunos de los niños habían desertado o dejado de enviar sus actividades, por lo que sabían que no iban a participar en el estudio. Sin embargo, esto se solucionó debido a que se pudo obtener el número de muestra considerable para desarrollar la investigación debido al gran apoyo que se tuvo por parte de los directivos y padres de familia.

Referencias

Alcalá, I. (2016). Autoeficacia para la actividad física en niños y niñas: desarrollo del "CAPAF". En J. Magnolia, M. Rodríguez, O. Ceballos, y J. Tristán (eds.). *Psicología del deporte: conceptos, aplicaciones e investigación* (pp. 133-148).

- Álvarez, C. (2016). Efectividad del programa ecológico “Saltando por su salud” en la promoción de la actividad física y la autoeficacia en niños y niñas escolares de tercer grado. *Revista Ensayos Pedagógicos*, 6(1), 147-169. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5585467>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Nueva York: W. H. Freeman and Company.
- Cataldo, R., John, J., Chandran, L., Pati, S., & Shroyer, A. (2013). Impact of physical activity intervention programs on self-efficacy in youths: A systematic review. *Obesity*, 1-11. doi: 10.1155/2013/586497.
- Clevinger, K., Petrie, T., Martín, S., y Greenleaf, C. (2020). The Relationship of Sport Involvement and Gender to Physical Fitness, Self-Efficacy, and Self-Concept in Middle School Students. *The Physical Educator*, 77(1), 154-177. Doi:10.18666/TPE-2020-V77-11-9228.
- De la Cruz, G., Guzmán, R., Gómez, G., y Plata, R. (2018). Diferencias por sexo en la autoeficacia para el control de peso en preadolescentes de la ciudad de Pachuca, Hidalgo. *Gaceta Hidalguense de Investigación en Salud*, 6(3), 8-11. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Rebeca-Guzman-Saldana-2/publication/338853837_Diferencias_porsexo_en_la_autoeficacia_para_el_control_de_peso_en_preadolescentes_de_la_ciudad_de_Pachuca_Hidalgo/links/5e2fb7b692851c9af729e563/Diferencias-por-sexo-en-la-autoeficacia-para-el-control-de-peso-en-preadolescentes-de-la-ciudad-de-Pachuca-Hidalgo.pdf
- Dishman, R. K., Motl, R. W., Saunders, R., Felton, G., Ward, D. S., Dowda, M., & Pate, R. R. (2004). Self-efficacy Partially mediates the effect of a school-based physical-activity intervention among adolescent girls. *Preventive Medicine*, 38, 628-636.
- ENSANUT (2018). Resultados nacionales 2018. Recuperado de: https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf
- García, F. *et al.* (2020). Autoeficacia hacia la actividad física en escolares colombianos. *Retos*, 38(1), 390-395. Recuperado de: <file:///C:/Users/ACER/Downloads/73878-Texto%20del%20art%C3%ADculo-258352-1-10-20200501.pdf>
- García, J., Tejero, C., Cornejo, I., y Veiga, O. (2019). Asociación entre disfrute, autoeficacia motriz, actividad física y rendimiento académico en educación física. *Retos*, 36, 58-63. Recuperado de: <https://recyt.fecyt.es/index.php/retos/article/view/63035/42110>
- Gómez, G., Platas, S., Pineda, G., Guzmán, R., y León, R. (2017). Validation of an instrument of self-efficacy for the prevention of obesity in school children. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 8, 21-30. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmta.2017.01.004>
- Hartman, J., Ten Hacken, N., Boezen, M., y De Greef, M. (2013). Self-efficacy for physical activity and insight into its benefits are modifiable factors associated

- with physical activity in people with COPD: A mixed-methods study. *Journal of Physiotherapy*, 59(2), 117-124. [https://doi.org/10.1016/S1836-9553\(13\)70164-4](https://doi.org/10.1016/S1836-9553(13)70164-4)
- Hayes, L., & Van Camp, C. (2015). Increasing physical activity of children during school recess. *Journal of Applied Behaviour Analysis*, 48(3), 690-695. <https://doi.org/10.1002/jaba.222>.
- Hills, A., Andersen, L., Bryne, N. (2011). Physical activity and obesity in children. *British Journal of Sports Medicine*, 45, 866-870. <http://dx.doi.org/10.1136/bjsports-2011-090199>.
- Huéscar, E., Rodríguez-Marin, J., Cervelló, E., & Moreno-Murcia, J. (2014). Teoría de la Acción Planeada y tasa de ejercicio percibida: un modelo predictivo en estudiantes adolescentes de educación física. *Anales de Psicología*, (30)2, 738-744.
- Magaña, C., & Sevilla, Y. (2012). La alimentación indígena mexicana: reflexiones antropológicas para el estudio del comportamiento alimentario. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 4(1), 10-21. Recuperado de: <https://www.mediagraphic.com/pdfs/revmexinvpsi/mip-2012/mipM121b.pdf>
- Martínez, R., Tuya, L., Martínez, M., Pérez, A., & Canovas, A. (2009). El coeficiente de correlación de los rangos de Spearman caracterización. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 8(2), 1-20. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/1804/180414044017.pdf>
- Medina, Jáuregui, Campos, Barquera, (2016). Prevalencia y tendencias de actividad física en niños y adolescentes: resultados de Ensanut 2012 y Ensanut mc 2016. *Salud Pública México*, 60 (3). <https://doi.org/10.21149/8819>.
- Navarro, M., Martínez, A., López-Espinoza, A., López-Urriarte, P., Benavides, M. (2014). Comparación en la ingesta de alimentos de adultos que residen en una zona rural y urbana de Jalisco, México. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 5(1), 11-19. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/4257/425741621003.pdf>
- Pannekoek, L., Piek, J., Hagger, M. (2013). Motivation for physical activity in children: A moving matter in need for study. *Human Movement Science*, 32(5), 1097-1115. <https://doi.org/10.1016/j.humov.2013.08.004>.
- Rodríguez, A., y Tarazona, A. (2020). *Disfrute de la actividad física y autoeficacia en el rendimiento escolar en estudiantes de 11 a 17 años de instituciones educativas de Lima*. (Tesis Licenciatura). Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, Perú. Recuperado de: <https://repositorioacademico.upc.edu.pe/handle/10757/652158>.
- Rojo, J., Rojo, L., y Martínez, J. (2021). Correlación entre el estado nutricional y nivel de actividad física en escolares del sur de Sonora, México. *Revista de Ciencias del Ejercicio y Salud*, 19(2), 1-14. Doi: (eds 10.15517/PENSARMOV.V19I2.44792.
- Suton, D., Pfeiffer, K., Feltz, D., Yee, K., Eisenmann, J., & Carlson, J. (2013). Physical activity and self-efficacy in normal and over-fat children. *American Journal of Health Behavior*, 37(5), 635-40. Doi: 10.5993/AJHB.37.5.
- Trejo, P., Jasso S., Mollinedo, F., & Lugo, L. (2012). Relación entre actividad física y obesidad en escolares. *Revista Cubana de Medicina General Integral*,

28(1), 34-41. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000100005&lng=es&tlng=es

Vilches, P., & Ruiz, F. (2016). Clima motivacional en Educación Física y actividad físico-deportiva en el tiempo libre en alumnado de España, Costa Rica y México. *Retos*, 29(1), 195-200. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5400871>

Zurita, F., Castro, M., Rodríguez, S., Cofré, C., Chacón, R., Martínez, A., Muros, J. (2017). Actividad física, obesidad y autoestima en escolares chilenos: Análisis mediante ecuaciones estructurales. *Revista Médica de Chile*, 145(3), 299-308. doi.org/ 10.4067/S0034-98872017000300006

EFFECTOS DE UNA INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA EN VARIABLES RELACIONADAS CON LA OBESIDAD EN ADOLESCENTES: UN ESTUDIO COMPARATIVO

*Paola Escobedo Hernández**

*José C. Gaxiola Romero**

*Raquel García Flores***

Universidad de Sonora*

Instituto Tecnológico de Sonora**

Resumen

La obesidad es un grave problema de salud pública en México. Es importante contar con intervenciones que promuevan un estilo saludable en adolescentes para evitar complicaciones crónicas. Por ello, el objetivo del estudio fue comparar el efecto de una intervención psicoeducativa en dos condiciones experimentales: entrevista motivacional (EM) y sesiones psicoeducativas (PS) en cuatro adolescentes sobre alimentación emocional, autoeficacia para la actividad física, percepción de riesgo de obesidad y distrés por confinamiento. Se utilizó un diseño de caso único $n = 1$ con réplicas. Participaron estudiantes de secundaria de entre 13 y 15 años. Los resultados mostraron que tres estudiantes mejoraron su alimentación emocional, mientras que los dos estudiantes con EM mejoraron sus niveles de distrés. Un estudiante de PS aumentó sus niveles de distrés, lo que parece que afectó sus niveles de autoeficacia para el ejercicio. Para futuros estudios, se recomienda utilizar aplicaciones de celular para autorregistro y el aumento de la muestra.

Introducción

La adolescencia se consideraba la etapa más saludable en la población mexicana; sin embargo, la prevalencia del sobrepeso y la obesidad ha tenido su mayor aumento en los últimos seis años (Instituto Nacional de Salud Pública, 2021). Si bien ya se había reportado el aumento del sedentarismo provocado por el uso excesivo de celulares, computadoras y videojuegos (Instituto Mexicano de la Juventud, IMJUVE, 2012), el nuevo coronavirus SARS-COV2 ha propiciado aún más el aumento del sedentarismo y la alimentación poco saludable (Ares *et al.*, 2021). Lo anterior indica la necesidad de establecer programas para promover estilos de vida saludables.

La Entrevista Motivacional (EM) ha sido utilizada como una estrategia complementaria en tratamientos, ha sido eficaz en aspectos como la selección de alimentos saludables y la planificación nutricional (Nuss *et al.*, 2021). Evcimen *et al.* (2021) observaron que los adolescentes desarrollaban conductas saludables, mejoraron su autoeficacia y su percep-

ción del autocontrol sobre la diabetes a través de la EM. Por su parte, Freira *et al.* (2019) realizaron un estudio con el fin de conocer la efectividad de la EM sobre la calidad de vida en adolescentes con sobrepeso u obesidad. Los resultados indicaron una mejora en aspectos emocionales y sociales relacionados con la calidad de vida de los participantes y el control del peso.

La alimentación emocional depende de las asociaciones previamente hechas entre emociones y alimentación (Alzheimer y Urry, 2019). En una investigación realizada durante la pandemia del 2020 en Italia, se encontró que la ansiedad y depresión, así como las relaciones interpersonales y calidad de vida, predecían la alimentación emocional. En el mismo estudio, se demostró que el estrés es una de las causas de episodios de atracones en las personas con índice de masa corporal (IMC) altos (Cecchetto *et al.*, 2021). En este sentido, la alimentación emocional puede aumentar la frecuencia del consumo de alimentos procesados, ricos en grasas y en azúcar, tal como indican los resultados de un estudio realizado en adolescentes de Taiwán (Bui *et al.*, 2021).

La autoeficacia para la actividad física se refiere a la percepción sobre la capacidad para realizar un ejercicio físico ante ciertas circunstancias (Fuentes y González, 2020). Shaver *et al.* (2019) encontraron una relación entre los niveles altos de autoeficacia y niveles altos de motivación en adolescentes afroamericanos. Durante la adolescencia, la actividad física tiende a disminuir, por lo que se sugiere incluir intervenciones que ayuden a mejorar la autoeficacia para iniciarse en el ejercicio o el deporte (Alert *et al.*, 2019).

De acuerdo con el modelo de creencias de salud, la percepción de riesgo se conforma por la susceptibilidad percibida o la probabilidad percibida de padecer, la severidad percibida o creencias sobre los riesgos de la enfermedad y las creencias sobre las conductas preventivas (Moreno y Roales, 2003). Por tanto, la Percepción de Riesgo de Obesidad (PRO) puede dar cuenta de creencias, actitudes, percepción de la obesidad y sus riesgos para la vida, y se encuentra relacionada con la conducta alimentaria y la actividad física. Un estudio sobre percepción de los adolescentes sobre su peso indicó que quienes padecían obesidad o sobrepeso y percibían correctamente su peso tenían más probabilidad de tener una vida activa físicamente que quienes presentaban una distorsión de su peso, quienes tendían a presentar una conducta sedentaria (Alert *et al.*, 2019).

Lo anterior se relaciona con la imagen corporal percibida, la cual forma parte de la percepción de riesgo de obesidad y a su vez tiene una fuerte influencia de los estereotipos sociales. Los adolescentes suelen tener una percepción negativa de los cuerpos con obesidad al asociarlos con la exclusión social (Catalán *et al.*, 2020). Sin embargo, tener una percepción de riesgo de obesidad adecuada puede ayudar a disminuir estereotipos negativos sobre la obesidad y motivar las conductas saludables (Choi y Noh, 2021).

El objetivo del presente trabajo de investigación fue comparar el efecto de una intervención psicoeducativa en dos condiciones experimentales: Entrevista Motivacional (EM) y Sesiones Psicoeducativas (PS) en adolescentes sobre alimentación emocional, autoeficacia para la actividad física, percepción de riesgo de obesidad y distrés por confinamiento.

Método

Tipo de estudio. Diseño de caso único $n = 1$ con réplicas en dos condiciones experimentales: Entrevista Motivacional (EM) y Sesiones Psicoeducativas (PS). La asignación de las condiciones fue realizada de manera aleatoria.

Participantes. En la Tabla 1 se muestran las características principales de los participantes.

Tabla 1. *Características principales de los participantes*

Estudiante	Condición experimental	Edad	Participación de padres	Díctico previo	Sobrepeso/Obesidad	Enfermedad en la familia
A	EM	14	Sí	No	Sí	No
G	EM	14	No	Sí	Sí	No
E	PS	13	No	No	s/D	Sí
F	PS	14	No	No	Sí	No

Nota. EM: entrevista motivacional. PS: psicoeducación. s/D: sin dato.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2. *Instrumentos*

Escala y autor	Descripción	ítems	Alfa
Percepción de riesgo de obesidad (PRO) (diseñada para el estudio)	Evalúan la susceptibilidad percibida, creencias sobre la obesidad y la imagen corporal percibida. Ejemplos de reactivo: “es probable que yo padezca obesidad porque no cuidó mi peso”.	12	.86
Alimentación emocional (Rojas y García-Méndez, 2017)	Miden la influencia de las variables internas y externas sobre la conducta alimentaria. Es una escala tipo Likert que va de “totalmente de acuerdo” a “totalmente en desacuerdo”. Ejemplo de reactivo: “me da más hambre cuando estoy triste”.	36	.93
Autoeficacia en la regulación del ejercicio físico (Fuentes y González, 2020)	Evalúa la capacidad percibida al ejecutar actividad física ante diferentes situaciones planteadas. El alumno debe calificar qué tan seguro se siente al realizar una rutina de ejercicios regularmente.	11	.84
Escala de distrés (Sandín <i>et al.</i> , 2020)	Evalúa las experiencias emocionales negativas y los problemas de sueño como una reacción al estrés psicosocial: “¿Has sentido mucha ansiedad o miedo?”	10	.93

Fuente: Elaboración propia.

Procedimiento. Para llevar a cabo el estudio fue necesario solicitar autorización a las autoridades de una escuela secundaria de Ciudad Obregón, Sonora, por lo que primero se realizaron reuniones con el profesor de educación física para presentar el proyecto. Al contar con la autorización de la escuela, se realizó una invitación a los padres de familia a tener una reunión virtual para firmar el consentimiento informado. Una vez firmado, se tuvo una sesión pretest virtual con los alumnos donde también se firmó el asentimiento informado. Cabe mencionar que el estudio contó con un dictamen aprobatorio por parte del Comité de Ética del Instituto Tecnológico de Sonora. Una vez contestados los instrumentos, se dio inicio al tratamiento de manera remota a través de Google® Meet, al finalizar se realizó una sesión postest. Los resultados del presente capítulo hacen referencia a dos estudiantes de cada condición experimental que presentaban un indicador de sobrepeso u obesidad.

Análisis de datos. Se realizó un análisis de cambio clínico objetivo, cuando el porcentaje es mayor a .20 se trata de un cambio significativo (Cardiel, 1994).

Descripción de tratamiento. Para la condición experimental con entrevista motivacional, se realizó una entrevista individual antes de las sesiones psicoeducativas, la cual consistía en realizar preguntas abiertas, ya que permiten a la persona tener un rol más activo “¿Qué te gustaría aprender en el curso?” Se utilizó la técnica de Provocar discrepancia, si el estudiante reconoce que necesita mejorar un aspecto de sus hábitos, el entrevistador le pregunta por consejos o formas de hacerlo. Afirmación: busca enfatizar las fortalezas, aspectos positivos y esfuerzos del estudiante para el cambio. La reflexión: parafrasear o resumir lo que el estudiante dice a fin de asegurar que el entrevistador entiende lo que el paciente ha dicho. Balance decisional: dirigir al estudiante a identificar los costos y beneficios del cambio a través de preguntas como: “¿Cuáles serían los beneficios que obtendrías si decidieras cambiar tu manera de alimentarte?”.

Por otro lado, el tratamiento psicoeducativo consistió en ocho sesiones sobre temas como alimentación saludable, actividad física y manejo del estrés, impartidos por especialistas en psicología, ciencias del ejercicio físico y nutrición (Tabla 3).

Tabla 3. *Temas de sesiones psicoeducativas*

Sesión	Tema	Impartido por
1	Educación sobre estilos de vida saludable	Psicólogo
2	Nutrientes de los alimentos	Experto en nutrición
3	Menú saludable	Experto en nutrición
4	Beneficios de la actividad física	Experto en ciencias del ejercicio físico
5	Clasificación de la actividad física	Experto en ciencias del ejercicio físico
6	Modelo de solución de problemas aplicado a la adquisición de conductas saludables	Psicólogo
7	Alimentación consciente	Psicólogo
8	Manejo del estrés	Psicólogo

Fuente: Elaboración propia.

Resultados

A continuación, se presentan los resultados de cada participante en las variables evaluadas. En la Tabla 4, se describe el cambio clínico objetivo de cada variable.

Tabla 4. *Cambio clínico objetivo por variables de cada participante*

Participante	Grupo	Cambio clínico objetivo		
		Alimentación emocional	Autoeficacia para actividad física	Distrés
A	EM	-	.80	-.56
G	EM	-.52	-	-.39
E	PS	-.39	.56	-
F	PS	-.29	-.31	.91

Fuente: Elaboración propia.

El estudiante A del grupo EM cursaba el segundo año de secundaria, obtuvo una mejora de 80% en su autoeficacia para el ejercicio físico, mientras que su distrés disminuyó 56% (-.56 de cco). Respecto a la entrevista de seguimiento, afirmó disfrutar las sesiones, describiéndolas como agradables y que le ayudaron a hacer “más ejercicio y ser más saludable”.

El estudiante G del grupo EM se encontraba cursando el segundo año de secundaria al momento de la entrevista. Mencionó tener un diagnóstico previo de resistencia a la insulina y un indicador de obesidad. Dicho estudiante disminuyó su alimentación emocional 52% y tuvo una disminución de su nivel de distrés por confinamiento con un CCO igual a .39.

El estudiante E pertenecía al grupo de psicoeducativo (PS), cursaba el primer año de secundaria con 13 años. Dicho estudiante mostró una mejora en su alimentación emocional con un CCO igual a -.39 y un aumento en su autoeficacia para realizar ejercicio de 56%. El estudiante no mostró cambios significativos en su nivel de distrés por confinamiento.

Finalmente, el estudiante F estudiaba el segundo año de secundaria y tenía 14 años de edad. Presentó un indicador de sobrepeso, el estudiante obtuvo una mejora en su alimentación emocional con un CCO -.29. Sin embargo, obtuvo una disminución de su autoeficacia para la actividad física (-.31) y un aumento de 91% en su nivel de distrés por confinamiento. En la entrevista de seguimiento, mencionó que, aunque el curso le ayudó a “sentirse más confiado conmigo mismo”, su abuela estuvo enferma y eso le afectó mucho durante el curso.

En la Tabla 5 se muestra el análisis de cambio clínico objetivo de la percepción de riesgo de obesidad, donde se muestra que el estudiante A fue el único que obtuvo cambios significativos y favorables, mientras que el estudiante F obtuvo cambios desfavorables; es decir, una disminución de la pro respecto a su peso.

Tabla 5. Cambio clínico objetivo de la percepción de riesgo de obesidad

Participante	IMC	Prestest	Postest	CCO	Cambio
A	Sobrepeso	11	14	.27	Significativo y favorable
G	Obesidad	32	31	-.03	Sin cambios
E	-	24	22	-.08	Sin cambios
F	Sobrepeso	30	16	-.47	Significativo y desfavorable

Fuente: Elaboración propia.

Discusión

Respecto a la autoeficacia para realizar ejercicio físico, uno de los estudiantes beneficiados fue el estudiante A del grupo EM, que obtuvo un cambio significativo y positivo. El mismo estudiante también mejoró significativamente su percepción de riesgo de obesidad respecto a su peso, lo que puede indicar que tener una percepción adecuada de sí mismo ante la obesidad ayudó a mejorar el sentirse capaz de ejecutar una actividad física. Alert *et al.* (2019) encontraron que los adolescentes con una percepción correcta de su peso

presentaban mayor probabilidad de mejorar su actividad física. Asimismo, el estudiante E mostró una mejora de su autoeficacia de ejercicio físico. Contar con la guía de expertos en sesiones psicoeducativas fue suficiente para motivar y fomentar su compromiso con el cambio. Shaver *et al.* (2019) mencionan que la autoeficacia se relaciona con niveles de motivación alto y con una vida activa físicamente.

El estudiante G mejoró su alimentación emocional y sus niveles de distrés por confinamiento. Fue el único con un diagnóstico previo al tratamiento. Además, durante la entrevista mostró conocimiento previo sobre la alimentación saludable y la importancia de la actividad física, lo que ayudó a mantener su percepción de riesgo de obesidad en niveles saludables, por lo que es posible que tener un diagnóstico previo, junto a la EM, fue una clave para motivar su compromiso con el tratamiento. Esto debido a que la percepción de riesgo puede ser impactada por la historia de enfermedad personal o familiar (Moreno y Roales, 2003; Chávez *et al.*, 2016).

Por su parte, el estudiante F mostró cambios negativos en su autoeficacia para el ejercicio físico, distrés y percepción de riesgo de obesidad. Es importante mencionar que el estudiante informó que había una enfermedad en un familiar importante para él durante el curso, lo que pudo afectar sus resultados. Marchitelli *et al.* (2020) encontró que las personas con obesidad presentaron estrés durante la pandemia, lo que era un factor de riesgo para conductas alimentarias no saludables. Sin embargo, el estudiante mejoró su alimentación emocional, lo que indica que aunque su distrés aumentó no afectó su alimentación.

Conclusión

El objetivo del estudio fue comparar el efecto de una intervención psicoeducativa en dos condiciones experimentales: Entrevista Motivacional (EM) y Sesiones Psicoeducativas (PS) en cuatro adolescentes sobre alimentación emocional, autoeficacia para la actividad física, percepción de riesgo de obesidad y distrés por confinamiento. Los resultados mostraron que tres adolescentes mejoraron su alimentación emocional después de la intervención, mientras que dos de los estudiantes del grupo con entrevista motivacional mejoraron sus niveles de distrés por confinamiento, lo que indica que la EM fue una herramienta adecuada para el manejo del estrés durante el confinamiento para los cuatro adolescentes. Esto puede deberse a que la EM fomenta el cambio y compromiso a través de la comunicación activa con los adolescentes (Candelaria *et al.*, 2016). Un estudiante de PS aumentó sus niveles de distrés, lo que parece que afectó sus niveles de autoeficacia para la actividad física. Por otro lado, una de las implicaciones teóricas fue el término percepción de riesgo de obesidad, el cual ha sido utilizado poco para evaluar el posible riesgo de conductas poco saludables relacionadas al peso e imagen corporal (Choi y Noh, 2021). Una de las limitaciones del estudio fue la pandemia por covid-19. Dado que el curso se realizó durante el confinamiento sanitario, los estudiantes se refirieron al cansancio que sentían debido a sus clases y actividades escolares virtuales. Además de no tener el control total del entorno físico del estudiante mientras tomaba el curso virtual. Para futuros estudios, se

recomienda diseñar programas que fomenten los estilos de vida saludables y no relacionar la salud con la imagen corporal. Es importante que los ambientes virtuales o presenciales sean positivos y cómodos para los adolescentes, a fin de mejorar la comunicación. Puede resultar positivo usar aplicaciones de celular como herramientas de autorregistro de alimentos y ejercicio de los participantes durante las intervenciones y validación por jueces de la intervención. Se recomienda llevar a cabo estudios con un mayor número de participantes para verificar los efectos de las intervenciones.

Referencias

- Alert, M. D., Saab, P. G., Llabre, M. M., & McCalla, J. R. (2019). Are self-efficacy and weight perception associated with physical activity and sedentary behavior in hispanic adolescents? *Health Education & Behavior, 46*(1), 53-62. <https://doi.org/10.1177/1090198118788599>
- Alzheimer, G., & Urry, H. L. (2019). Do emotions cause eating? The role of previous experiences and social context in emotional eating. *Current Directions in Psychological Science, 28*(3), 234-240. <https://doi.org/10.1177/0963721419837685>.
- Ares, G., Bove, I., Vidal, L., Brunet, G., Fuletti, D., Arroyo, A., & Blanc, M. V. (2021). The experience of social distancing for families with children and adolescents during the coronavirus (*covid-19*) pandemic in Uruguay: Difficulties and opportunities. *Children and Youth Services Review, 121*, 105906, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105906>.
- Bui, C., Lin, L.-Y., Wu, C.-Y., Chiu, Y.-W., & Chiou, H.-Y. (2021). Association between emotional eating and frequency of unhealthy food consumption among taiwanese adolescents. *Nutrients, 13*(8), 2739. <https://doi.org/10.3390/nu13082739>.
- Cardiel, R. M. (1994). La medición de la calidad de vida. En A. J. Ruiz Morales y C. Gómez-Restrepo (eds.), *Epidemiología clínica. Investigación clínica aplicada* (2a ed., pp. 189-199). Interamericana-McGraw-Hill. <https://www.casadellibro.com/libro-epidemiologia-clinica/9789682521287/484194>.
- Cecchetto, C., Aiello, M., Gentili, C., Ionta, S., & Osimo, S. A. (2021). Increased emotional eating during COVID-19 associated with lockdown, psychological and social distress. *Appetite, 160*, 105122. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105122>.
- Chávez, K., Rodríguez, J., Santos, J., Segovia, J., Altamirano, D., & Matías, V. (2016). Alteración de la percepción del estado nutricional por parte de padres de preescolares: Un factor de riesgo para obesidad y sobrepeso. *Archivos Argentinos de Pediatría, 114*(3), 237-242. <https://doi.org/biblio-838209>.
- Choi, D.-H., & Noh, G.-Y. (2021). Information seeking behavior about obesity among South Koreans: Applying the risk information seeking and processing model. *Journal of Applied Communication Research, 49*(2), 228-245. <https://doi.org/10.1080/00909882.2021.1898042>.

- Evcimen, H., Uncu, F., & Esen, I. (2021). Investigation of the effect of motivational interviewing on self-efficacy levels in adolescents with type 1 *diabetes mellitus*. *International Journal of Caring Sciences*, *14*(1), 298-308. <https://www.semanticscholar.org/paper/Investigation-of-the-Effect-of-Motivational-on-in-1-Evcimen-Uncu/cf3895b08533e224bb83703f75f9ffe3ac4841d2>
- Freira, S., Fonseca, H., Williams, G., Ribeiro, M., Pena, F., do Céu Machado, M., & Lemos, M. S. (2019). Quality-of-life outcomes of a weight management program for adolescents based on motivational interviewing. *Patient Education and Counseling*, *102*(4), 718-725. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.11.011>.
- Fuentes Vega, M. D. los A., & González Lomelí, D. (2020). Adaptación al español del cuestionario de autoeficacia para regular el ejercicio (Spanish adaptation of the self-efficacy questionnaire to regulate exercise). *Retos*, *38*, 595-601. <https://doi.org/10.47197/retos.v38i38.75225>.
- Instituto Mexicano de la Juventud [IMJUVE] (2012). *Encuesta Nacional de Valores en Juventud 2012: Resultados Generales*. https://www.imjuventud.gob.mx/imgs/uploads/ENVAJ_2012.pdf
- Instituto Nacional de Salud Pública (2021). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 sobre covid-19: Resultados Nacionales*. Instituto Nacional de Salud Pública. <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2020/doctos/informes/ensanut-Covid19ResultadosNacionales.pdf>
- Marchitelli, S., Mazza, C., Lenzi, A., Ricci, E., Gnessi, L., & Roma, P. (2020). Weight gain in a sample of patients affected by overweight/obesity with and without a psychiatric diagnosis during the COVID-19 lockdown. *Nutrients*, *12*(11), 3525. <https://doi.org/10.3390/nu12113525>
- Moreno, E., & Roales-Nieto, J. (2003). El modelo de creencias de salud: Revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I: Hacia un análisis funcional de las creencias en salud. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, *3*(1), 91-109.
- Nuss, K., Moore, K., Nelson, T., & Li, K. (2021). Effects of motivational interviewing and wearable fitness trackers on motivation and physical activity: a systematic review. *American Journal of Health Promotion*, *35*(2), 226-235. <https://doi.org/10.1177/0890117120939030>.
- Rojas, A. T., & García-Méndez, M. (2017). Construcción de una Escala de Alimentación Emocional. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*, *45*(3), 85-95. <https://doi.org/10.21865/RIDEP45.3.07>.
- Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J., & Chorot, P. (2020). Impacto psicológico de la pandemia de *covid-19*: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *25*(1), 1-22. <https://doi.org/10.5944/rppc.27569>.
- Shaver, E. R., McGlumphy, K. C., Gill, A. K., & Hasson, R. E. (2019). Application of the Transtheoretical Model to Physical Activity and Exercise Behaviors in

African-American Adolescents. *American Journal of Health Behavior*, 43(1), 119-132. <https://doi.org/10.5993/AJHB.43.1.10>

SECCIÓN II
SALUD, BIENESTAR Y CALIDAD DE VIDA EN
ADULTOS

VARIABLES DEMOGRÁFICAS Y DE PERSONALIDAD EN RELACIÓN CON EL BIENESTAR SUBJETIVO EN TRABAJADORES DE SALUD DEL NOROESTE DE MÉXICO

*Laura Suguey Borboa López**

*Jesús Tánori Quintana**

*José Ángel Vera Noriega***

*Fernanda Inéz García Vázquez**

Instituto Tecnológico de Sonora*

Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C.**

Resumen

Se analizaron variables demográficas y de personalidad del personal del sector salud con el propósito de conocer cuáles se relacionan más con el bienestar subjetivo. La investigación se llevó a cabo bajo el enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental, transversal. La muestra se conformó por 198 participantes trabajadores del sector salud, 68 del sexo masculino (34.3%) y 130 del sexo femenino (65.7%). Se realizaron análisis de regresión con el fin de identificar las variables predictoras del bienestar subjetivo. Los resultados mostraron que el neuroticismo, extraversión, responsabilidad y tener hijos están relacionados con el bienestar subjetivo. Se concluye que en los trabajadores de la salud el tener hijos potencia un bienestar subjetivo alto y uno bajo al aumentar el neuroticismo como rasgo de personalidad.

Introducción

Diener (2000) refiere que el bienestar subjetivo trata acerca de lo que los individuos piensan y sienten respecto a sus vidas, y a las conclusiones cognoscitivas y afectivas que obtienen desde su propia percepción. Por lo tanto, es el valor que cada individuo le proporciona de manera general a su existencia en una manera positiva (Veenhoven, 1984).

Costa y McCrae (2008) determinan la personalidad como una secuencia de predisposiciones básicas de comportamientos que tienen impacto en las emociones, pensamientos y conductas de los seres humanos. Además, crean cinco factores para el estudio de la personalidad, los cuales son neuroticismo, extraversión, apertura a la experiencia, amabilidad y responsabilidad (Costa y McCrae, 1980).

Neuroticismo

Es la estabilidad emocional de un sujeto y la predisposición usual a sentir afecto negativo en respuesta a su medio ambiente (Taylor y De Bruin, 2013).

Apertura a la experiencia

La apertura a la experiencia caracteriza a quienes tienen la capacidad de ser creativos, imaginativos, apreciar el arte y tener intereses intelectuales (Costa y McCare, 1996; Martínez, 2015).

Extraversión

Rasgo de personalidad que se caracteriza por la necesidad de actividad social y compañía humana, las personas extravertidas tienen una gran facilidad de comunicación y expresión (Costa y McCrae, 1980).

Amabilidad

Ser altruista, tener disposición por preocuparse por los demás y poseer la aptitud de establecer relaciones interpersonales son rasgos de una persona amable (Costa y McCare, 1996).

Responsabilidad

Las personas responsables tienen la capacidad de regular, dirigir y controlar sus impulsos (Costa y McCare, 1996). Son más ordenadas, tienden a planificar, obedecer y respetar normas y reglas sociales (Martínez, 2015).

La personalidad contribuye considerablemente al crecimiento del bienestar subjetivo de las personas (Diener *et al.*, 1999) y los trabajadores del sector salud no son la excepción. Por ejemplo, se ha encontrado que los cinco grandes factores de personalidad, en especial un alto nivel de extraversión, tienen asociación con los componentes del bienestar subjetivo (Abdullahi *et al.*, 2020; Olivera y Simkin, 2016).

En la Tabla 1, se observa que las evidencias acerca de las variables de personalidad asociadas al bienestar subjetivo del personal del sector salud son contradictorias. Por ejemplo, Gaytán *et al.* (2020) encuentran que la extraversión se observa con puntuaciones altas, al contrario que Ruiz-Zavala *et al.* (2016), quienes encuentran la extraversión como el tipo de personalidad con puntuaciones más bajas en el personal sanitario.

Tabla 1. Evidencias de investigaciones de personalidad y bienestar subjetivo contradictorias

Autores	Descripción de la muestra	Variable	Instrumentos	Resultados
González-Gutiérrez <i>et al.</i> (2015)	Personal de la salud (Profesionales de enfermería)	Neuroticismo extraversión y BS	NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI) Costa y McCrae (1999)	Los rasgos de tipo neurótico y de extraversión son predominantes en el personal del sector salud, el neuroticismo se asocia significativamente al afecto negativo y la extraversión se asocia fuertemente al afecto positivo.
Amorós <i>et al.</i> (2020)	Personal de la salud (Estudiantes de medicina)	Neuroticismo y BS	NEO-PI-R Aluja <i>et al.</i> (2008)	El neuroticismo es la dimensión con puntuaciones más bajas.
Ruiz-Zavala <i>et al.</i> (2016)	Personal de la salud (Medicina de Rehabilitación, Audiología, Foniatría, Patología del Lenguaje, Ortopedia, Genética y Otorrinolaringología)	Extraversión y BS	Cuestionario de personalidad 16-PF-5 Cattell (no especifica año)	Encuentran la extraversión como el tipo de personalidad con puntuaciones más bajas en el personal sanitario en México.
Gaytán <i>et al.</i> (2020)	Personal de la salud Médicos	Extraversión y BS	Cuestionario de personalidad 16-PF-5 Cattell (no especifica año)	Hallan la extraversión predominante en el personal de salud

Las variables demográficas con mayor relevancia en relación con el bienestar personal son el sexo, la edad, el empleo y el estado civil (Millán y Castellanos, 2018; Muñoz *et al.*, 2018). No obstante, la evidencia sobre estas variables es inconsistente y no existe una clara evidencia acerca de cuáles son las variables demográficas que influyen en el bienestar subjetivo del personal sanitario (ver Tabla 2).

Tabla 2. Evidencias de investigaciones de las variables demográficas y el bienestar subjetivo contradictorias

Autores	Descripción de la muestra	Variable	Instrumento	Resultados
Paris (2011)	Personal de la salud (Enfermeros y médicos)	Empleo y BS	Escala de Bienestar Subjetivo Moraes, Hasselmann & Reichenheim (2002)	Los profesionales de salud que trabajan más horas muestran un mejor bienestar subjetivo.
Bhugra <i>et al.</i> (2019)	Personal de la salud (Estudiantes de medicina, socios de práctica general, especialistas, asociados, médicos de cabecera y consultores)	Empleo y BS	The Office of National Statistics (No especifica)	El personal del sector salud que trabaja más horas se muestra más vulnerable a padecer trastornos psicológicos y emocionales, es de suma importancia reconocer que, a pesar del bajo bienestar y estrés, continúan trabajando, lo que conlleva una serie de ventajas y desventajas, afectando su propio bienestar
López-Morales (2020)	Personal de salud (Profesionales de medicina y enfermería)	Edad y BS	Escala de Satisfacción Vital (SWLS) Diener, Emmons, Larsen & Griffin (1985)	La edad influye en el bienestar subjetivo del personal sanitario, a mayor edad un mejor bienestar subjetivo.
Popa-Velea 2021	Personal de la salud (Médicos)	Sexo y BS	Escala de Felicidad Subjetiva (SHS)	El sexo femenino se observa con un bienestar subjetivo menor en comparación al sexo masculino en médicos.
Arrondo <i>et al.</i> (2020)	Población en general	Sexo y BS	No especifica	Se encontró que las mujeres presentan niveles significativamente más altos en cuanto al bienestar subjetivo a diferencia de los hombres.

A pesar de que existen indicios de que algunas variables demográficas y de personalidad se relacionan con el bienestar subjetivo de los trabajadores del sector salud, la evidencia empírica existente es contradictoria y poco concluyente. Por ello, resulta importante conocer los predictores del bienestar en el personal sanitario, ya que es considerada población de riesgo (Lin *et al.*, 2021; Nanda *et al.*, 2017; Shreffler *et al.*, 2020; Zhao *et al.*, 2016).

Además, es esencial contar con datos científicos que señalen y especifiquen cuáles son las variables que influyen en el bienestar, y así sea posible crear y llevar a cabo intervenciones de salud mental en el trabajo, como programas de prevención del estrés y mejora del bienestar en el personal sanitario (Lai *et al.*, 2020). Por lo tanto, el objetivo de la presente investigación es determinar las variables demográficas y de personalidad que se relacionan en el bienestar subjetivo de los trabajadores del sector salud del noroeste de México.

Método

La presente investigación se llevó a cabo bajo el enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental, transversal, de alcance explicativo (Hernández-Sampieri *et al.*, 2014).

Participantes

Se contó con la participación de 198 trabajadores del sector salud pertenecientes a las especialidades de medicina general, 38.5%; enfermería, 36.9%; psicología, 12.6%; nutrición, 3%; odontología, 2%; bioquímica, 2%; fisioterapia, 1%; ginecología, .5%; pediatría, .5%; anestesiología, .5%; pediatría, .5%; radiología, .5%; biomedicina, .5%; otro 1% del noroeste de México, mediante un muestreo no probabilístico debido al difícil acceso a la población objetivo y a las condiciones derivadas de la pandemia por covid-19 (Morales y Zárate, 2004), de los cuales 34.3% fueron hombres y 65.7% mujeres. Además, 65.2% fue menor a 30 años y 34.8% mayor a 30 años (oscilando entre los 21 y los 67 años). El 65.7% sin hijos y el 34.3% con hijos. El 62.6% sin pareja y el 37.4% con pareja. El 73.2% trabaja tiempo completo y el 26.8% medio tiempo.

Instrumentos

Bienestar subjetivo. Está conformado por la subescala de *Satisfacción con la Vida* de Diener (Diener *et al.*, 1985), la cual se conforma de cinco ítems que evalúan la satisfacción con la vida mediante el juicio global que crean los sujetos sobre ella. Específicamente, se utilizó la traducción al castellano de Atienza *et al.* (2000). Un ejemplo de reactivo es: en la mayoría de los aspectos mi vida es como quiero que sea. Los valores oscilan entre 1 y 5, donde 1 es “totalmente en desacuerdo” y 5 es “totalmente de acuerdo”. Para este estudio, se obtuvo un modelo de medida confirmatorio con indicadores aceptables, evidenciando la validez de constructo [$\chi^2(4) = 8.00$; $p = .09$; CFI = .97; RMSEA = .06; IC 90

[.00, .11]; AGFI = .92; SRMR = .016)]. Finalmente, un índice de consistencia interna, Alfa de Cronbach, de .93. Para evaluar el balance afectivo del bienestar subjetivo, se aplicó la *Escala Multidimensional para la Medición del Bienestar Subjetivo (EMMBSAR)* creada por Anguas (2000), la cual fue validada y ajustada en México por Vera y Tánori (2002) para el noroeste de México. Esta escala mide la intensidad de las emociones, es una escala tipo Likert, cuenta con 30 reactivos con 7 opciones de respuestas que van desde 0 a 6, mientras más cercano esté el inciso a la palabra nunca, significará menor intensidad. Para este estudio se obtuvo un modelo de medida confirmatorio con indicadores aceptables, evidenciando la validez del constructo [$\chi^2(34) = 42.01$; $p = .16$; CFI = .99; RMSEA = .03; IC 90 [.00, .06]; AGFI = .94; SRMR = .02)]. Quedaron 10 reactivos, cinco para el afecto positivo y cinco reactivos para el afecto negativo. Finalmente, un índice de consistencia interna de .65, bajo, aceptable como límite inferior permitido.

Inventario de Personalidad Neo-ffi Versión reducida (Mariscal *et al.*, 2015). El instrumento valora los principales elementos de personalidad: Neuroticismo, Extraversión, Apertura, Amabilidad y Responsabilidad. La versión reducida NEO-FFI evalúa los mismos Cinco Grandes Factores mencionados con anterioridad. El instrumento se conforma de 30 elementos. Escala Likert de 5 puntos que va desde (0) totalmente en desacuerdo hasta (4) totalmente de acuerdo. Los factores obtienen un coeficiente Alfa de Cronbach entre el .66 y .76 (Mariscal, 2015). Para evidenciar la validez del constructo, en este estudio se obtuvo un modelo de medida confirmatorio con indicadores aceptables [$\chi^2(67) = 91.54$; $p = .02$; CFI = .96; RMSEA = .04; IC 90 [.01, .06]; AGFI = .90; SRMR = .05)], de los 30 reactivos quedaron 14.

Procedimiento

Previo a la administración de instrumentos se contactaron a hospitales públicos del noroeste de México. Se solicitaron los permisos correspondientes para la aplicación de dichos instrumentos y se obtuvo muy poca respuesta de parte de los hospitales debido a la emergencia sanitaria (COVID-19). El personal del sector salud se observaba con mucho trabajo. Con base en la poca respuesta que se obtuvo de parte de los hospitales, se tomó la decisión de buscar nuevas alternativas para la difusión de los instrumentos. Se creó un cartel electrónico donde se mencionaba el objetivo del estudio y sus instrucciones. Las redes sociales fueron de gran apoyo, ya que mediante ellas se logró llegar a un total de 198 participantes. La aplicación se llevó a cabo de noviembre de 2021 a marzo de 2022, bajo la tercera y cuarta olas de COVID-19. Posteriormente a la aplicación y al levantamiento de datos, se llevó a cabo el vaciado de datos en el paquete estadístico de Excel con el fin de detectar datos perdidos. Inicialmente, para cada escala se llevó a cabo el análisis factorial confirmatorio (AFC), con el fin de obtener evidencia de la validez de los instrumentos utilizados, mediante el método de máxima verosimilitud utilizando el software AMOS, resultados que se colocaron en el método. Posteriormente, en el software SPSS se realizó el análisis de consistencia interna de las escalas por medio del Alfa de Cronbach para

comprobar la fiabilidad. Además, se calculó media, desviación estándar, comparación de medias como estadística descriptiva y correlaciones. Finalmente, se creó un modelo de regresión logística con las variables del estudio.

Resultados

De manera inicial, como resultados, se presentan los análisis descriptivos de las variables del estudio por dimensión. En la Tabla 3, se presentan las medias y desviación estándar. Se puede interpretar que la mayoría de los trabajadores de la salud tienden a estar de acuerdo con las afirmaciones y situaciones que se les presentan, donde el promedio menor es en neocriticismo. Donde, además, los afectos positivos tienen el promedio más alto.

Tabla 3. *Análisis descriptivos para las variables de personalidad y bienestar subjetivo*

Variables	Media	DE	Asimetría	Curtosis
Neuroticismo	2.64	0.89	0.03	-0.67
Extroversión	3.13	0.36	0.12	0.26
Apertura	3.25	0.45	-0.03	1.54
Amabilidad	2.83	0.66	0.05	-0.46
Responsabilidad	3.65	0.57	-0.06	-0.18
Afecto negativo	2.74	1.47	0.19	-0.85
Afecto positivo	4.24	1.18	-0.57	-0.09
SWLS	3.48	1.05	-0.90	0.11

Nota: Elaboración propia a partir de los datos recabados.

Se realizó un modelo de regresión logística, se evaluó la bondad del ajuste del modelo, donde la variable a explicar, poco nivel de bienestar subjetivo a alto nivel de bienestar subjetivo, se clasificó de manera correcta 78.3%, el grupo de poco satisfechos fue el de los mejores clasificados. Ver la Tabla 4.

Tabla 4. *Tabla de clasificación de bienestar subjetivo*

		Observado	Pronosticado		
		Bienestar subjetivo			
			Poco satisfecho	Satisfecho	Porcentaje correcto
Paso 4	Bienestar subjetivo	Poco satisfecho	88	22	80.0
		Satisfecho	21	67	76.1
	Porcentaje global				78.3

También se evaluó el ajuste general del modelo mediante la R^2 de *Nagelkerke*, el porcentaje aproximado de explicación del modelo es de 45.3%. Complementariamente, El test de *Hosmer-Lemeshow* ($\chi^2 = 8.13$; $gl = 8$; $p = .42$) no resultó significativo, lo que indica que no existen diferencias en la distribución original y los valores predichos de la variable dependiente.

Se puede sostener que el bienestar subjetivo está relacionado con el neuroticismo, extraversión, responsabilidad y el tener hijos. Este conjunto conforma una ecuación de variables adecuadas para predecir la pertenencia al grupo de los profesionales con alto nivel de bienestar subjetivo. Cabe mencionar que se metieron al modelo otras variables demográficas, tales como sexo, edad, tipo de contrato. Pero solo la variable de hijos resultó significativa.

El signo del coeficiente β indica el tipo de relación entre las variables predictoras y la variable que se quiere explicar. El valor negativo en neuroticismo indica que mientras más alto sea el puntaje de los trabajadores en este rasgo de personalidad, menor será la probabilidad de que ellos pertenezcan a la categoría de personas con alto nivel de bienestar subjetivo.

El *Odds Ratio* (OR) y su intervalo de confianza facilitan la interpretación de los resultados. Se observa que los rasgos de personalidad neocriticismo y extraversión fueron los más significativas en el modelo; es decir, están incrementando los ODD de una persona clasificada con niveles altos de bienestar subjetivo (ver Tabla 5).

Tabla 5. *Resumen de la regresión logística*

	β	SE	OR	95% C.I.	Wald	p
Neuroticismo	-1.581	.244	.206	[.128, .332]	42.04	<.001
Extraversión	.514	.195	1.67	[1.14, 2.45]	6.93	.008
Responsabilidad	.390	.196	1.47	[1.00, 2.16]	3.97	.046
Hijos	1.026	.413	2.79	[1.24, 6.27]	6.16	.013

Nota: Elaboración propia a partir de los datos de campo. C.I. = Intervalo de confianza para OR.

Discusión

El propósito de la presente investigación fue conocer qué variables demográficas y de personalidad influyen en el bienestar subjetivo del personal que labora en el sector salud, debido a la contrariedad observada en la literatura (Acuña *et al.*, 2013; García, 2002; Muñoz, 2007; Sarsosa y Charria, 2017), ello con la intención de en un futuro poder crear modelos eficaces que permitan llevar a cabo intervenciones basadas en evidencia científica.

Los resultados confirman la hipótesis esperada en el estudio de que las variables demográficas y de personalidad están relacionadas con el bienestar subjetivo. Sin embargo, en cuanto a las variables de personalidad, solo el neuroticismo y la extraversión fueron

las variables que mostraron relación al bienestar subjetivo, y en cuanto a las variables demográficas, tener hijos.

Los hallazgos del presente estudio muestran que el rasgo de neuroticismo se presenta como una variable de riesgo; es decir, si un participante del sector salud presenta niveles elevados de neuroticismo es muy probable que presente niveles bajos de bienestar subjetivo. Los resultados coinciden con González-Gutiérrez *et al.* (2015) y Guilera *et al.* (2019).

El neuroticismo, además de perjudicar el bienestar subjetivo de los trabajadores del sector salud, tiene más consecuencias negativas (Matute, 2017), ya que a mayor presencia de neuroticismo mayor presencia de agotamiento emocional. Asimismo, el neuroticismo se observa fuertemente asociado con la angustia personal (Song y Shi, 2017; Taylor, 2019; Watson y Naragon-Gainey, 2014). El personal del sector salud con altos niveles de neuroticismo se percibe menos apto para su labor, especialmente en momentos críticos (Mason, Roodenburg y Williams, 2020).

Por otra parte, la variable demográfica que resultó influenciar, en relación con el bienestar subjetivo, fue la variable hijos. En ese sentido, tener hijos se observa como una variable protectora. En otras palabras, tener hijos posibilita al personal del sector salud tener un óptimo bienestar subjetivo. Por tanto, el objetivo se cumple parcialmente.

Tener hijos se relaciona con un mayor bienestar debido a que lleva a los individuos a disponer de un sentido de vida/propósito, a mayores emociones positivas y a mayores relaciones sociales. Sin embargo, esto depende de la edad y el género de los padres, así como de su estado civil. No es igual el bienestar que puede presentar una madre soltera a una madre con pareja, en vista de que las responsabilidades son diferentes (Nelson, Kushlev y Lyubomirsky, 2014).

Deben tenerse en cuenta varias limitaciones de este estudio. A pesar de que los resultados proporcionan información clara y relevante, es preciso mencionar en primer lugar que la muestra fue homogénea, por lo que habría que confirmar dichos resultados con muestras más amplias en futuros estudios. Además, la investigación se llevó a cabo bajo una emergencia sanitaria (covid-19), por lo que fue complicado acceder a la población. Se recomienda llevar a cabo más investigación sobre el tema bajo condiciones no pandémicas y con autoreportes escritos personalizados y no electrónicos.

Finalmente, se recomienda llevar a cabo sesiones de *mindfulness* con el fin de mejorar el bienestar del personal del sector sanitario. *Mindfulness* ayuda a ser más conscientes de las emociones y a reducir niveles de estrés, ansiedad y depresión (Chmielewski, Łoś y Łuczyński, 2021; Fadzil *et al.*, 2021; Green y Kinchen, 2021; Van der Riet, Levett y Aquino, 2018). Asimismo, se recomienda llevar un seguimiento del mismo para tener la oportunidad de discutir dudas e información pertinente con el personal de salud.

Referencias

Abdullahi, A. M., Orji, R., Rabi, A. M., & Kawu, A. A. (2020). Personality and Subjective Well-Being: Towards Personalized Persuasive Interventions for Health

- and Well-Being. *Online Journal of Public Health Informatics*, 12(1), e1. <https://doi.org/10.5210/ojphi.v12i1.10335>
- Acuña, J., Schiattino I., Horwitz, N., Bascuñán, L., & Jiménez, J. (2013). Characteristics of employment and wellbeing among physicians working in Santiago, Chile. *Revista Médica de Chile* 141(2) 187-93. <https://doi.org/10.4067>.
- Amorós, E., Esquerda, M., Agustí, A. M., Kiskerri, A., Prat, J., Viñas, J., & Pifarré, J. (2020). Have millennials arrived at Medical School? Personality profile of medical students 1999-2014. *Educación Médica*. 21(6). 370-376. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.12.007>.
- Anguas, A. M. (2000). *El bienestar subjetivo en la cultura mexicana*. [Tesis de Doctorado]. Universidad Nacional Autónoma de México. <https://repositorio.unam.mx/contenidos/102946>.
- Arrondo, R., Cárcaba, A., & González, E. (2020). Drivers of Subjective Well-being in Spain: Are There Gender Differences? *Applied Research Quality Life* 16, 2131-2154. <https://doi.org/10.1007/s11482-020-09862-x>.
- Bhugra, D., Sauerteig, S., Bland, D., Lloyd-Kendall, A., Wijesuriya, J., Singh, G., Kochhar, A., Molodynski, A., & Ventriglio, A. (2019). A descriptive study of mental health and wellbeing of doctors and medical students in the UK. *International Review of Psychiatry*, 31(7-8), 563-568. <https://doi.org/10.1080/09540261.2019.1648621>.
- Costa, P. T. & McCrae, R. R. (1996). Toward a new generation of personality theories: Theoretical contexts for the five-factor model. En J. S. Wiggins (Ed.), *Fivefactor model of personality: Theoretical perspectives*. pp. 51-87.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy people. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38(4), 668-678. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.38.4.668>.
- Diener, E. (2000). Subjective well – being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34-43. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.34>.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R., & Smith, H. (1999). “Subjective well-being: three decades of progress”, *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302, <https://media.rickhanson.net/Papers/SubjectiveWell-BeingDiener.pdf>.
- García-Matín, M. A. (2002). Bienestar subjetivo. *Escritos de Psicología*. 6, 18-39. http://escritosdepsicologia.es/descargas/revistas/num6/escritospsicologia6_analisis1.pdf.
- Gaytán, S., Benítez, R., Barragán, R. G., Quiroz, J., Ceballos, A., & Pacheco, U. (2020). Tipos de personalidad y nivel de ansiedad en residentes de ortopedia y medicina familiar. *Investigación en Educación Médica*. 10(39). <https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2021.38.20335>.
- González-Gutiérrez, J. L., Moreno, B., Garrosa, E., & Pcnˆacoba, C. (2015). Personality and subjective well-being: big five correlates and demographic variables.

- Personality and Individual Differences*, 38(7). 1561-1569. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.09.015>
<https://doi.org/10.3390/ijerph18073455>.
- López-Morales. (2020). *Influencia del profesionalismo en el bienestar subjetivo de profesionales de medicina y enfermería que inician el programa de servicio rural y urbano marginal de salud en la región de Arequipa*. [Tesis de médico cirujano], Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. <http://190.119.145.154/bitstream/handle/UNSA/10872/MClomohh.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Luna, A. C., Laca, F. A., & Mejía, J. C. (2011). Bienestar Subjetivo y Satisfacción con la Vida de Familia en Adolescentes Mexicanos de Bachillerato. *Psicología Iberoamericana*, 19(2), 17-26. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133921440003>.
- Mariscal, M. V., Palomera, A., Meda, R. M., Moreno-Jiménez, B., & García, Luis, F. (2015). Validez factorial del NEO-FFI en una muestra mexicana: propuesta de una versión reducida. *Revista Mexicana de Psicología*, 32(1), 57-67. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243045363007>.
- Martínez, T. (2015). *Validez de constructo de la versión española del Big Five Personality Trait Short Questionnaire (BFPTSQ) en adultos*. [Tesis de Licenciatura, Universitat Jaume I.] Repositorio Universitat Jaume I. <http://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/133365>.
- Morales, A. R., & Zárate, L. E. M. (2004). *Epidemiología clínica: investigación clínica aplicada*. Médica Panamericana.
- Muñoz, C. (2007). Perspectiva psicológica del bienestar subjetivo. *Psicogente*. 10(18) 163-173. <http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/psicogente/article/view/1559/1520>.
- Olivera, M., & Simkin, H. (2016). Factores de la personalidad y su relación con el bienestar subjetivo y psicológico. *Hologramática*, 6, 77-96. <https://www.aacademica.org/hugo.simkin/20>.
- Paris, L. (2011). Predictores de satisfacción laboral y bienestar subjetivo en profesionales de la salud. Un estudio con médicos y enfermeros de la ciudad de Rosario. *Psicodebate*, 11, 89-102. <https://doi.org/10.18682/pd.v11i0.378>.
- Popa-Velea, O., Mihăilescu, A. I., Diaconescu, L. V., Gheorghe, I. R., & Ciobanu, A. M. (2021). Meaning in Life, Subjective Well-Being, Happiness and Coping at Physicians Attending Balint Groups: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18 (7), 3455.
- Rubio, A., Mendiburo, A., Oyanedel, J., Benavente, L., & Paez, D. (2020). Relationship between the evaluation of the health system personnel by their users and their subjective well-being: A Cross-Sectional Study. *Medwave* 20(6) <http://doi:10.5867/medwave.2020.06.7958>.
- Ruiz-Zavalaa, J. H., Enríquez, M. L., Gómez, E. A. & León, S. R. (2016). Relación entre rasgos y tipos de personalidad con la especialidad médica elegida por un grupo de médicos residentes. *Revista en Investigación en Educación Médica*, 11(42) <http://riem.facmed.unam.mx/?q=node/560>.

- Sarsosa, K., & Charria, V. H. (2017). Estrés laboral en personal asistencial de cuatro instituciones de salud nivel III de Cali, *Colombia. Univ. Salud. 20*(1), 44-52 <http://dx.doi.org/10.22267/rus.182001.108>.
- Taylor, & De Briun. (2013). *The Psychology of Pandemics. Preparing for the Next Global Outbreak of Infectious Disease. Cambridge Scholars Publishing*; https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=8mq1DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR5&ots=-jxoBY0WBoU&sig=OoQMVHLPethPsx_JWVyxDCuqRc&redir_esc=y#v=one-page&q&f=false.
- Veenhoven, R. (1984). Conditions of Happiness. *Reidel*. <https://doi.org/10.1007/978-94-009-6432-7>.
- Vera, J. A., & Tánori, B. C. (2002). Propiedades psicométricas de un instrumento para medir bienestar subjetivo en la población mexicana. *Research*. <https://www.researchgate.net/publication/28253302>.

SALUD FÍSICA Y MENTAL, CALIDAD DE VIDA Y SATISFACCIÓN CON LA VIDA EN ADULTOS JÓVENES

*Victor Alexander Quintana-López**

*Cecilia Ivonne Bojórquez-Díaz***

*Laura Fernanda Barrera-Hernández****

*Karina de Jesús Díaz-López*****

Facultad de Medicina Mexicali,

Universidad Autónoma de Baja California*

Unidad Navojoa, Instituto Tecnológico de Sonora**

Departamento de Ciencias de la Salud, Campus Cajeme, Universidad de Sonora***

Facultad de Medicina y Psicología Tijuana, Universidad Autónoma de Baja California****

Resumen

La salud es un estado de bienestar físico y mental. Conforme avanza la edad, es influenciada por distintos retos de la sociedad que pueden repercutir de forma negativa. El objetivo del estudio fue analizar la salud física y mental, calidad de vida y satisfacción con la vida de adultos. Se realizó un estudio no experimental, descriptivo transversal en 136 adultos, la media de edad fue 31.6 años \pm 13.7. Se utilizó una escala de salud, escala de calidad de vida de Olson y Barnes y la escala de satisfacción con la vida swls de Diener. El 31.6% refirió que a causa de su salud física hace menos de lo que quisiera, solamente 14.7% está completamente satisfecho con su capacidad económica para adquirir objetos de lujo y 33.1% está completamente satisfecho con su salud psicológica. Es importante atender la salud física y mental de adultos para mejorar su calidad de vida y satisfacción.

Introducción

La salud mental abarca el bienestar emocional, psicológico y social y es un estado que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente, y contribuir a la mejora de su comunidad (Organización Mundial de la Salud, 2022). Las distintas situaciones que las personas tienen que enfrentar en la situación actual, así como la ausencia de una alimentación y actividad física saludables, los pueden poner en riesgo de presentar depresión, insatisfacción con la vida u otros problemas emocionales. Es importante que los investigadores del área de la salud evalúen en la población la salud mental y/o prevenir el tratamiento de problemas para identificar trastornos psicológicos a través de nuevas intervenciones psicológicas (Tortella-Feliu *et al.*, 2016).

Los adultos jóvenes están en constante riesgo de tener una afectación de su salud física y su satisfacción con la vida por las dificultades que se enfrentan de manera continua en muchos de los hogares, lo que provoca un aumento de la ansiedad, baja calidad de vida, depresión y riesgo de suicidio (Marulanda *et al.*, 2013). Algunos de los adultos tienen problemas de comunicación para externar cuáles son sus necesidades y recibir la ayuda adecuada para que puedan cumplir sus objetivos y aumentar así la calidad de vida y el sentimiento de felicidad.

La insatisfacción con la vida puede disminuir la calidad de vida, pues aumenta el estrés, la ansiedad y la depresión. Por lo anterior, dentro de los principales retos de la psicología actual se encuentra aumentar la resiliencia en la población de cualquier edad para mejorar la salud física y la salud mental (Asensio-Martínez *et al.*, 2017).

Mantener un estilo de vida saludable como cumplir con las recomendaciones dietarias, según la edad, y mantener un nivel de actividad física moderado o vigoroso ayudan a aumentar el nivel de calidad de vida de las personas, incluso en aquellas personas con alguna enfermedad crónica degenerativa (Hernández-Murúa *et al.*, 2015). Por todo lo anterior, es importante evaluar la salud, calidad de vida y satisfacción con la vida para comenzar a coordinar el trabajo transdisciplinario entre médicos, psicólogos y nutriólogos y con ello fomentar la adherencia a estilos de vida saludables e impactar de manera positiva en la salud física y mental de las personas. Actualmente, los adultos se ven inmersos en problemas de ansiedad, estrés y depresión. Se ha visto que, a mayor inteligencia emocional, mayor felicidad y bienestar emocional general presentan los adultos. Se requiere pues que los profesionales de la salud mental doten a los adultos de habilidades emocionales (Ballester *et al.*, 2022). El objetivo de este trabajo fue evaluar en adultos de Hermosillo, Sonora, la salud física y mental, calidad de vida y satisfacción con la vida.

Método

Tipo de estudio

Diseño no experimental, con enfoque cuantitativo, con finalidad básica y de tipo descriptivo transeccional.

Participantes

La muestra fue de tipo no probabilística, intencional, que incluyó a 136 adultos de Hermosillo, Sonora. La aplicación fue en marzo de 2020 justo antes de iniciar la pandemia, fue aplicada de manera presencial y con los instrumentos impresos. Respecto a los criterios de inclusión, estaba que fueran mayores de 18 años y que aceptaran firmar la carta de consentimiento informado.

Procedimiento

Se les explicó el objetivo de la investigación a los adultos y aquellos que decidieron participaron, brindaron su consentimiento informado conscientes de las ventajas y desventajas de participar en la presente investigación. Durante la aplicación, los investigadores estuvieron al pendiente en todo momento para resolver cualquier duda por parte de los participantes.

Se utilizaron los siguientes instrumentos:

Escala de salud. Para la medición de la salud, se emplearon las escalas de la función física (10 ítems en escala Likert con 3 categorías de respuesta que van de 0 = si me limita mucho a 2 = no me limita), salud mental (5 ítems en escala Likert, con seis opciones de respuesta que van de 0 = nunca a 5 = siempre), vitalidad (4 ítems en escala Likert, con seis opciones de respuesta que van de 0 = nunca a 5 = siempre), rol físico y rol emocional (reactivos dicotómicos 4 y 3 respectivamente, que refieren a dificultades con el trabajo u otras actividades diarias debidas al estado de salud física o emocional) y que pertenecen a la Encuesta de Salud SF-36 traducida por Zúñiga *et al.* (1999). La confiabilidad reportada para la población mexicana es de 0.86 (González-Guerrero *et al.*, 2006).

Escala de calidad de vida de Olson y Barnes (1982) adaptada por Grimaldo (2010) que, después de la adaptación para este estudio, quedó integrada por 34 ítems distribuidos en 9 componentes: Bienestar (3 ítems), Amigos (3 ítems), Vecindario y Comunidad (3 ítems), Vida Familiar y Hogar (5 ítems), Pareja (4 ítems), Ocio (3 ítems), Medios de Comunicación (5 ítems), Religión (3 ítems) y Salud (4 ítems). Con cinco categorías de respuesta que van de insatisfecho (0) a completamente satisfecho.

Escala de satisfacción con la vida SWLS de Diener *et al.* (1985), que evalúa el juicio global que hacen las personas acerca de la satisfacción con su propia vida. Consta de cinco ítems tipo Likert con cinco opciones de respuesta que van de totalmente en desacuerdo (0) a totalmente de acuerdo. La confiabilidad reportada del instrumento en población mexicana es de 0.83 (Padrós-Blázquez *et al.*, 2015).

Los análisis de datos se realizaron en el paquete estadístico SPSS, versión 17, para obtener las medias, desviación estándar y frecuencias. Las variables de este estudio fueron: salud física y mental, calidad de vida y satisfacción con la vida.

Resultados

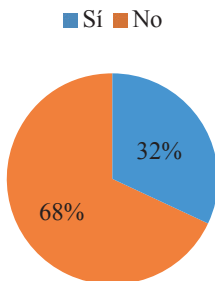
La muestra total fue de 136 adultos, la media de edad de 31.6 ± 13.7 años. El 55.9% fueron mujeres y 44.1%, hombres. Respecto al nivel de estudios de los adultos, 5.2% alcanzó solamente la educación básica, media superior 29.4%, estudios universitarios 55.9% y estudios de posgrado 3.0%, y 2.0% no indicó ninguna respuesta.

Salud física y mental

Respecto a la salud física y mental de la población, 32.0% refiere que a causa de su salud física ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado (Fig. 1) y 28.0% a causa de algún problema emocional (Fig. 2).

Figura 1. *Percepción de salud física*

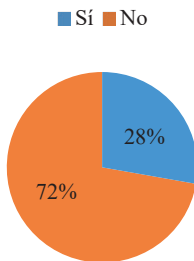
A causa de su salud física, ¿ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado?



Fuente: Elaboración propia.

Figura 2. *Percepción de la salud mental*

A causa de algún problema emocional, ¿ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado?



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 1. *Indicadores de calidad de vida*

	Insatisfecho	Un poco satisfecho	Más o menos satisfecho	Bastante satisfecho	Completamente satisfecho	No contestó
La capacidad económica para la adquisición de objetos personales “de lujo”	7.4%	11%	32.4%	33.8%	14.7%	0.7%
Los servicios que le brinda el centro de salud más cercano a su hogar	15.4%	18.4%	26.5%	27.9%	11.8%	0%
El tiempo que pasa con su familia	6.6%	5.9%	23.5%	30.1%	33.8%	0%
Salud psicológica	2.9%	5.9%	17.6%	40.4%	33.1%	0%
TOTAL (n = 136)						

Tabla 2. *Satisfacción con la vida*

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	No contestó
La mayoría de los aspectos de mi vida son como quiero que sean	4.4%	4.4%	16.9%	29.3%	25%	0%
Hasta ahora he conseguido de la vida las cosas que considero importantes	2.9%	5.1%	11%	45.6%	35.3%	0%
Estoy satisfecho con mi vida	2.9%	2.9%	8.1%	34.6%	51.5%	0%
Si pudiera vivir mi vida otra vez, la repetiría tal y como ha sido	2.2%	13.2%	16.2%	30.1%	38.2%	0%
Las circunstancias de mi vida son buenas	0%	2.2%	17.6%	38.2%	41.9%	0%
TOTAL (n = 136)						

Satisfacción con la vida

En la Tabla 2, se puede observar que solamente 25% se encuentra totalmente de acuerdo con la afirmación de que la mayoría de los aspectos de mi vida son como quiero que sean; 51.5% refiere estar satisfecho con su vida. En respuesta a la afirmación, “si pudiera vivir mi vida otra vez, la repetiría tal y como ha sido”, 38.2% respondió totalmente de acuerdo. Por último, 41.9% refiere estar totalmente de acuerdo con que las circunstancias de su vida son buenas.

Calidad de vida

En la Tabla 1, se puede observar que solamente 14.7% se encuentra completamente satisfecho con su capacidad económica para la adquisición de objetos personales “de lujo”, 15.4% se encuentra insatisfecho con los servicios que le brinda el centro de salud más cercano a su hogar, 33.8% se encuentra completamente satisfecho con el tiempo que pasa con su familia y, por último, solamente 33.1% refiere estar completamente satisfecho con su salud psicológica.

Discusión

En este estudio, se evaluó la salud física y mental, la calidad de vida y la satisfacción con la vida en adultos de Hermosillo, Sonora. Conforme avanza la edad, el ser humano se va enfrentando a distintos retos que pueden afectar su estado de salud. De acuerdo con Wood *et al.* (2017), las personas que carecen de recursos o que presentan dificultades físicas pueden ver afectado su estado de salud. Considerando lo anterior, nuestra muestra tuvo una media de edad de 31 años y más de 50% de los participantes cuentan con estudios universitarios. Se ha documentado que el tener estudios universitarios conlleva tener más probabilidades de un mejor ingreso y con ello una mejor salud (Braveman y Gottlieb, 2014; Zajacova y Lawrence, 2018). Sin embargo, en nuestra muestra encontramos que 32% mencionó que a causa de su salud física ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado. Lo anterior puede deberse a que, de acuerdo con el Centro Estatal de Prevención y Control de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés), los adolescentes y adultos jóvenes no realizan actividad física suficiente para un estado de salud óptimo, lo cual puede influir en sus capacidades. En ese sentido, también se encontró que 28% de los adultos han realizado menos cosas de las que les hubiera gustado a causa de un problema emocional. De ahí la importancia de la promoción de estas conductas en esta población.

Otro de los aspectos importantes de la salud es el bienestar psicológico. Principalmente en los adultos jóvenes, la salud mental puede ser motivo de preocupación, se ha encontrado que en Estados Unidos dos tercios de la carga de discapacidad están asociadas con trastornos de salud mental o el uso de sustancias, y que a los 29 años más de la mitad de

todas las personas han experimentado algún trastorno (Davis, 2013). En nuestro estudio, se encontró que solo 33.1% refiere estar satisfecho con su salud psicológica. Esto, a su vez, representa una oportunidad para los equipos multidisciplinares de salud para abordar esta problemática.

En cuanto a la satisfacción con su vida, solo 25% reportó estar totalmente de acuerdo con la afirmación de que la mayoría de los aspectos de su vida son como quieren que sean y 51% concuerda con que si pudiera vivir su vida otra vez la repetiría tal y como ha sido hasta ahora. La satisfacción con la vida se relaciona como indicador de calidad de vida porque representa un estado de felicidad interior que proviene de experiencias individuales en el mundo exterior (Yeniaras *et al.*, 2017). En un estudio realizado en 2 345 adultos sanos, se analizaron las características demográficas, las relaciones entre la edad, la satisfacción con la vida y la felicidad. Los autores dividieron la muestra entre adultos jóvenes, de mediana edad y mayores. Entre los resultados más importantes, se encuentran que los participantes con niveles de actividad altos y moderados tenían una satisfacción con la vida y una felicidad significativamente más altas que aquellos con un nivel de actividad bajo en la población total y en los tres grupos de edad. Lo anterior resalta la importancia de promover esta conducta en nuestra población.

Dentro de las limitaciones de nuestro estudio mencionamos que no se midieron variables de estilo de vida para realizar un análisis más profundo y encontrar determinantes a nuestros hallazgos. No obstante, con este estudio destacamos la importancia de explorar la salud física y mental, la calidad de vida y la satisfacción con la vida en adultos, lo cual representa un primer acercamiento a las acciones futuras que deben implementarse para mejorar estos indicadores en la población. Sin duda, la transición a la edad adulta representa un periodo crítico en la salud. Se ha reportado en la literatura que la salud tiende a empeorar durante este periodo, pero, además, niveles altos de mala salud en la edad adulta joven definen las trayectorias hacia la edad adulta mayor con importantes consecuencias para el futuro (Harris, 2010). Se recomienda ampliamente explorar variables del estilo de vida y comparar entre los resultados encontrados.

Referencias

- Organización Mundial de la Salud (2022). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Recuperado el 22 de agosto de 2022, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.
- Tortella-Feliu, M., Baños, R. M., Barrantes, N., Botella, C., Fernández-Aranda, F., García-Campayo, J., García-Palacios, A., Hervás, G., Jiménez-Murcia, S., Montorio, I., Soler, J., Quero, S., Valiente, M. C., & Vázquez, C. (2016). Retos de la investigación psicológica en salud mental. *Clínica y Salud*, 27(1), 37-43. <https://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2016.02.001>.
- Marulanda, F. Á. T., Giraldo, L. A. L., & Villegas, J. F. R. (2013). Características del estado de salud mental de jóvenes en condiciones vulnerables. *Revista Cubana*

de *Salud Pública*, 39(3), 462-473. Recuperado el 22 de agosto de 2022, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000300005&lng=es&tlng=es.

- Asensio-Martínez, A., Magallón-Botaya, R., & García-Campayo, J. (2017). Resiliencia: impacto positivo en la salud física y mental. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(2), 231-242. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n2.v2.1096>.
- Hernández-Murúa, J. A., Salazar-Landeros, M. M., Salazar, C. M., Gómez-Figueroa, J. A., Ortiz Bojórquez, C., Souza-Teixeira, D., & De Paz-Fernández, J. (2015). Influencia del estilo de vida y la funcionalidad sobre la calidad de vida relacionada con la salud en población mexicana con salud comprometida. *Educación Física y Ciencia*, 17(1), 00-00. Recuperado de <http://www.efyc.fahce.unlp.edu.ar/article/view/EFyCv17n01a05/>.
- Ballester, A. M. J., de la Barrera, U., Schoeps, K., & Montoya-Castilla, I. (2022). Factores emocionales que median la relación entre inteligencia emocional y problemas psicológicos en adultos emergentes. *Psicología Conductual = Behavioral Psychology: Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 30(1), 249-267. <https://doi.org/10.51668/bp.8322113s>.
- Zúniga, M. A., Carrillo-Jiménez, G. T., Fos, P. J., Gandek, B., & Medina-Moreno, M. R. (1999). Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares en México. *Salud Pública de México*, 41(2), 110-118. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/106/10641205.pdf>
- González Guerrero, M. D. J., Rodríguez Álvarez, F. A., Páez Agraz, F., Robles García, R., Altamirano Ríos, M., Atilano Gálvez, O. E., ... & Cambero González, E. G. (2006). Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en población mexicana: Propiedades psicométricas de la versión en español del SF-36. *Psiquiatría (México, DF)*, 22(3), 5-7. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/journal/4596/459653861009/html/>.
- Grimaldo, M. P., Correa, J. D., Jara, D., Belu Cirilo, I., & Aguirre, M. T. (2020). Propiedades psicométricas de la escala de calidad de vida de Barnes y Olson en estudiantes limeños (ECVOB). *Health & Addictions/Salud y Drogas*, 20(2). Recuperado de: <https://ojs.haaj.org/?journal=haaj&page=article&op=view&path%5B%5D=545>
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13.
- Padrós Blázquez, F., Gutiérrez Hernández, C. Y., & Medina Calvillo, M. A. (2015). Propriedades Psicométricas da Escala de Satisfação com a Vida (swls) de Diener na população de Michoacán (México). *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(2), 223-232. Doi: [dx.doi.org/10.12804/apl33.02.2015.04](https://doi.org/10.12804/apl33.02.2015.04).

- Braveman, P., & Gottlieb, L. (2014). The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Public Health Reports* (Washington, D.C.: 1974), 129 Suppl 2(Suppl 2), 19-31. <https://doi.org/10.1177/00333549141291S206>.
- Zajacova, A., & Lawrence, E. M. (2018). The Relationship Between Education and Health: Reducing Disparities Through a Contextual Approach. *Annual Review of Public Health*, 39, 273-289. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031816-044628>.
- Adolescents and Young Adults (n.d.). Cdc.Gov. Retrieved June 12, 2022, from <https://www.cdc.gov/nccdphp/sgr/adoles.htm>
- Davis M. (2013). Young adult mental health; Presentation at IOM/NRC Workshop on Improving the Health, Safety, and Well-Being of Young Adults; Washington, DC. [October 10, 2014]. <http://www.iom.edu/~media/Files/Activity%20Files/Children/ImprovingYoungAdultsHealth/Davis%20Presentation.pdf>.
- Yeniaras, V., & Akarsu, T. N. (2017). Religiosity and life satisfaction: A multi-dimensional approach. *Journal of Happiness Studies*, 18(6), 1815-1840. Doi <https://doi.org/10.1007/s10902-016-9803-4>
- Harris K. M. (2010). An integrative approach to health. *Demography*, 47(1), 1-22. <https://doi.org/10.1353/dem.0.0091>

MALESTAR EMOCIONAL Y VARIABLES ASOCIADAS EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DEL SUR DE SONORA

*Katya Lissette Armenta Osuna**

*Raquel García Flores**

*Angélica Riveros Rosas***

*Christian Oswaldo Acosta Quiroz**

Instituto Tecnológico de Sonora*

Universidad Nacional Autónoma de México**

Resumen

El malestar emocional se ha convertido en uno de los problemas de salud mental más frecuentes, suele presentarse como un conjunto de síntomas (tristeza, irritabilidad, ansiedad), generando mayor riesgo de desarrollar otros problemas de salud mental. Identificar la relación entre el malestar emocional y la evitación experiencial, la flexibilidad psicológica y la asertividad en estudiantes universitarios. El enfoque del estudio fue cuantitativo con diseño no experimental, de alcance correlacional. Se aplicó en 202 estudiantes universitarios pertenecientes a carreras de Ciencias de la Salud de dos instituciones educativas del sur de Sonora, los instrumentos de evaluación fueron los siguientes: *DASS-21*, *Cuestionario WAAQ*, *Cuestionario ASQ* y *EMA*. Se obtuvieron asociaciones positivas entre Malestar Emocional y Evitación Experiencial, Asertividad Indirecta y No Asertividad, también asociaciones negativas con Flexibilidad Psicológica y Asertividad. La presencia de dificultades para manejar el malestar emocional puede llegar a ocasionar el intento de evitarlo o controlarlo, dejando de lado otros aspectos de la vida.

Introducción

En los últimos años, la promoción de la salud mental y la prevención de problemas asociados a ella han cobrado relevancia en la población general, puesto que los problemas de salud mental son la primera causa de discapacidad, principalmente en los jóvenes. El estrés, la ansiedad, el abuso de sustancias y la depresión son los más comunes, lo que provoca un efecto negativo en las personas (Wainberg *et al.*, 2017). Aunado a esto, en 2019, a nivel mundial, la depresión de moderada a grave fue considerada como uno de los trastornos mentales con mayor prevalencia y la segunda causa de fallecimientos por suicidio. Se presentó principalmente en jóvenes de 15 a 29 años (Vargas, 2021).

Debido a esto, el malestar emocional se ha convertido en uno de los problemas de salud mental más frecuentes en la población mundial, el cual es considerado como una respuesta a situaciones o sucesos de la vida y aparece como un conjunto de síntomas,

tales como tristeza, sentimiento de vacío, ansiedad, insomnio e irritabilidad (Berenzon *et al.*, 2014). Y aunque el malestar emocional no ha sido señalado como una causa directa de la aparición de un trastorno mental, se ha encontrado que puede incrementar el riesgo de desarrollarlo en personas que presenten cierta vulnerabilidad psicosocial o biológica (Berenzon *et al.*, 2014).

Considerando lo anterior, algunos aspectos de la vida diaria pueden producir mayor exposición a situaciones estresantes y llegar a desencadenar dificultades en la salud mental de las personas. Uno de los grupos más afectados son los estudiantes universitarios, puesto que la mayoría de los problemas de salud mental surgen al inicio de la edad adulta (Sarokhani *et al.*, 2013; Ramón-Arhués *et al.*, 2020). En 2018, a nivel mundial, entre 12 y 50% de estudiantes universitarios presentó al menos un criterio para diagnosticar uno o más trastornos mentales (Bruffaerts *et al.*, 2018).

Otros autores señalan que en el transcurso del mismo año cerca de 31% de estudiantes universitarios presentó algún tipo de trastorno mental (Auerbach *et al.*, 2018), lo cual puede deberse a que ésta es la etapa en la que surgen mayores responsabilidades académicas y nuevas experiencias tanto a nivel académico como personal y social, lo que genera sintomatología de estrés y ansiedad, así como consumo de sustancias, depresión, entre otros (Herrera y Rivera, 2011; Mosqueda-Díaz *et al.*, 2016).

Se ha identificado la presencia de malestar emocional en esta población y algunas investigaciones muestran una prevalencia de moderada a alta en sintomatología de ansiedad, depresión y estrés (Beiter *et al.*, 2015). Esto también puede estar relacionado con la introducción de los jóvenes a la vida universitaria, lo cual incluye presiones a causa de la carga académica, falta de tiempo libre, preocupaciones por cumplir con expectativas tanto de sus familiares como personales y la necesidad de establecer nuevas relaciones interpersonales (Manzano-Soto y Roldán-Morales, 2015).

En la actualidad, el surgimiento de la pandemia por covid-19 ha generado grandes cambios en la vida cotidiana (Organización Mundial de la Salud, [OMS], 2020), ya que una de las principales medidas para contener el contagio y la propagación del virus fue el confinamiento, el cual implicó el resguardo de la población en sus viviendas, así como el aislamiento social, incluyendo el trabajo desde casa y la educación en línea (García, 2021). Durante este tiempo se llevaron a cabo algunas investigaciones, las cuales señalan que el confinamiento podría estar relacionado con el desarrollo de problemas de salud mental, tales como la depresión, el trastorno de estrés postraumático, la ansiedad, el estrés y los trastornos del sueño (Cao *et al.*, 2020). También se ha encontrado que uno de los grupos más vulnerables a estas dificultades fueron las personas jóvenes (Liu *et al.*, 2020).

Debido a lo anterior, se han sumado nuevos retos en el ámbito de la salud mental, ya que en la fase inicial de la pandemia la población general desarrolló síntomas de depresión, ansiedad, miedo y reacción al estrés. Respecto a los estudiantes universitarios, se encontró un incremento en el número de jóvenes que han experimentado síntomas de ansiedad y depresión (Vivanco *et al.*, 2020).

Otra investigación realizada en estudiantes universitarios mexicanos durante la fase de confinamiento identificó sintomatología de malestar emocional de moderada a grave, incluyéndose estrés, síntomas de depresión, dificultades para dormir y problemas psicósomáticos, lo cual puede afectar sus actividades diarias (García, 2021).

Analizando la presencia de indicadores de ansiedad y depresión, en conjunto con variables como evitación experiencial en estudiantes universitarios, se encontraron estudios realizados en Perú que definen la evitación experiencial como un fenómeno que se presenta cuando una persona no está dispuesta a ponerse en contacto con experiencias privadas (p. ej., sensaciones corporales, emociones, pensamientos, recuerdos), por lo que intenta alterar la forma y la frecuencia con la que esos eventos ocurren, así como el contexto que los ocasiona (Hayes *et al.*, 1996, citado por Patrón-Espinosa, 2010). Con ello, se obtuvo que los estudiantes de 26 años o más presentaron menor grado de ansiedad, depresión y evitación experiencial que los de menor edad. Asimismo, se encontró que pocos estudiantes reportaron niveles altos de evitación experiencial (Carlessi *et al.*, 2021).

Sin embargo, a pesar de que se han encontrado investigaciones que analizan la presencia de malestar emocional en estudiantes universitarios y variables como las anteriormente mencionadas, así como su relación con otras variables como estrés (Meza-Peña *et al.*, 2019) bienestar y rendimiento académico (González, Arratia, López, Fuentes *et al.*, 2021) en el transcurso de la pandemia, no se han encontrado investigaciones en estudiantes universitarios mexicanos, más específicamente del norte del país, que analicen la relación entre el malestar emocional y variables como evitación experiencial, asertividad y flexibilidad psicológica, por lo que falta mucho por descubrir acerca de qué manera puede llegar a influir en estas variables en esta población. Debido a esto, surge la siguiente pregunta de investigación en el estudio: ¿cuál es la relación entre el malestar emocional y la evitación experiencial, la asertividad y la flexibilidad psicológica en estudiantes universitarios del sur de Sonora?

Objetivo

Identificar la relación entre el malestar emocional y la evitación experiencial, la flexibilidad psicológica y la asertividad en estudiantes universitarios del sur de Sonora.

Método

Se realizó un estudio con enfoque cuantitativo de alcance correlacional, con un muestreo no probabilístico por conveniencia, en el que participaron 202 estudiantes universitarios pertenecientes a carreras de Ciencias de la Salud de dos instituciones educativas del sur de Sonora, de los cuales 135 fueron mujeres y 66 fueron hombres. Las edades de los participantes oscilaron entre 17 y 38 años con una media de edad de 20.0, quienes contestaron que eran de las siguientes carreras: 49 de Ciencias del Ejercicio Físico, uno

de Enfermería, 10 de Ciencias Nutricionales, uno de Químico Biólogo Clínico, 76 de Medicina, 63 de Psicología y dos de Maestría en Psicología.

Para la recolección de datos se utilizó la *Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés 21* (*DASS-21*; Ruiz *et al.*, 2017). Esta escala tiene como objetivo evaluar estados emocionales de ansiedad, estrés y depresión. Es una escala autoaplicable tipo Likert que consta de 21 ítems, cuenta con cuatro opciones de respuesta que van de “No me ha ocurrido” a “Me ha ocurrido mucho o la mayor parte del tiempo”. La escala se encuentra dividida en tres subescalas o categorías: Ansiedad, Estrés y Depresión. Para su interpretación, presenta puntos de corte con niveles desde “leve” a “extremadamente severo”. A mayor puntuación, mayor sintomatología. Para este estudio, se obtuvo una consistencia interna de .946, lo cual se considera aceptable. También se utilizó el *Cuestionario de Aceptación y Acción relacionado con el Trabajo* (*WAAQ*; Ruiz y Odriozola, 2014) y tiene como objetivo medir el grado de flexibilidad psicológica en relación con el trabajo. Es una escala autoaplicable tipo Likert que cuenta con siete ítems y con siete opciones de respuesta que van desde “Nunca es verdad” a “Siempre es verdad”. Para este estudio, presentó una consistencia interna de .896, lo que se considera aceptable.

Otro instrumento de medición utilizado fue la *Escala Multidimensional de Asertividad* (*EMA*; Flores y Díaz-Loving, 2004). Es un instrumento autoaplicable que tiene como objetivo evaluar el tipo y grado de asertividad que presenta el individuo. Consta de 45 afirmaciones en una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta que van de “completamente en desacuerdo” a “completamente de acuerdo” y que se divide en tres factores: asertividad, asertividad indirecta y no asertividad, las cuales expresan la habilidad o inhabilidad que tiene el individuo para autoafirmarse en diversas situaciones dentro de su entorno social, mostrando una consistencia interna de .851, lo cual se considera aceptable.

Por último, se utilizó el *Cuestionario de Evitación del Sufrimiento* (*ASQ*; Valencia, 2019), el cual tiene como objetivo medir el grado de evitación experiencial. Es una escala autoaplicable tipo Likert y se encuentra compuesta por ocho ítems. Cuenta con un puntaje del uno al seis que corresponde de “totalmente en desacuerdo” a “totalmente de acuerdo”, con una consistencia interna de .773, lo que se encuentra dentro del valor mínimo aceptable.

Procedimiento

Se estableció contacto con una institución educativa para llevar a cabo la evaluación en estudiantes de Medicina. Para ello, se presentó el proyecto ante directivos educativos para su revisión y aprobación. Una vez aprobado, se compartió el enlace con los directivos con el propósito de proporcionarlo a los estudiantes participantes, en donde respondieron tanto al consentimiento informado como a los instrumentos de medición.

Posteriormente, se extendió la invitación a otras carreras de Ciencias de la Salud de esta misma institución participante y se llevó a cabo la difusión del proyecto de evaluación a estudiantes de carreras afines de otra institución educativa. Nuevamente, se presentó el

consentimiento informado, los participantes contestaron los instrumentos y se capturaron los datos obtenidos en el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (spss; Statistical Package for Social Sciences), versión 23, para su análisis estadístico. Se realizó un análisis de correlación para identificar la relación entre las variables de estudio.

Resultados

Para cumplir con el propósito de este estudio de identificar la relación e influencia de la variable Malestar Emocional sobre las variables Evitación Experiencial, Asertividad y Flexibilidad Psicológica, se llevó a cabo la correlación mediante la prueba Rho de Spearman debido a que los datos no presentaron una distribución normal. Se puede apreciar que las variables muestran correlación entre sí. A continuación, se describe cada una de ellas: Se obtuvo que el Malestar Emocional y la Flexibilidad Psicológica presentan una relación negativa y estadísticamente significativa ($p = .000$) con un coeficiente de correlación de Spearman de $-.387$, lo que indica una relación de débil a moderada.

La relación entre *Malestar Emocional* y *Evitación Experiencial* es positiva y estadísticamente significativa ($p = .002$) y un coeficiente de $.222$, lo que se interpreta como una relación débil. De las dimensiones del instrumento de asertividad, se obtuvo lo siguiente: *Malestar Emocional* y la dimensión *Asertividad* presentaron una relación negativa de débil a moderada y estadísticamente significativa ($p = .000$) con un coeficiente de $-.372$. Por su parte, la dimensión *No Asertividad* presentó una relación positiva de moderada a fuerte y estadísticamente significativa ($p = .000$) con un coeficiente de $.550$. Por último, *Malestar Emocional* y la dimensión *Asertividad Indirecta* obtuvieron una relación positiva de débil a moderada y estadísticamente significativa ($p = .000$) con un coeficiente de $.465$. Respecto a la variable *Asertividad Total*, se obtuvo una relación positiva moderada y estadísticamente significativa ($p = .000$) con un coeficiente de $.510$ (ver Tabla 1).

Tabla 1. *Correlación entre variables*

Variables	ME	FP	EE	A	NA	AI	AT
1. Malestar emocional	-						
2. Flexibilidad psicológica	$-.387^{**}$	-					
3. Evitación experiencial	$.222^{**}$	$-.014$	-				
4. Asertividad	$-.372^{**}$	$.573^{**}$	$-.024$	-			
5. No asertividad	$.550^{**}$	$-.329^{**}$	$.307^{**}$	$-.501^{**}$	-		
6. Asertividad indirecta	$.465^{**}$	$-.308^{**}$	$.330^{**}$	$-.385^{**}$	$.645^{**}$	-	
7. Asertividad total	$.510^{**}$	$-.263^{**}$	$.380^{**}$	$-.307^{**}$	$.857^{**}$	$.902^{**}$	-

ME = Malestar Emocional; FP = Flexibilidad Psicológica; EE = Evitación Experiencial; A = Asertividad; NA = No Asertividad; AI = Asertividad Indirecta; AT = Asertividad Total.

** La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral).

* La correlación es significativa en el nivel 0.05 (bilateral).

Discusión

De acuerdo con el objetivo planteado en este estudio, se logró identificar que el Malestar Emocional se asocia positivamente con la Evitación Experiencial, lo cual puede deberse a que el objetivo principal de la evitación experiencial se basa en reducir o eliminar una sensación, pensamiento o emoción que resulte dolorosa o difícil de manejar (Patrón-Espinosa, 2013). Por ello, en la mayoría de los casos es efectiva a corto plazo y genera un alivio inmediato; sin embargo, uno de los inconvenientes de utilizar esta estrategia con mayor frecuencia es que el malestar vuelve a presentarse y, en ocasiones, con mayor intensidad y duración, por lo que la persona se ve obligada a seguir implementando la evitación para desaparecer el malestar. Esto provoca que se presente con mayor frecuencia (Luciano y Sonsoles, 2006).

Asimismo, el Malestar Emocional se asoció de manera positiva con dos de las dimensiones del instrumento de Asertividad (No Asertividad y Asertividad Indirecta). Esto puede deberse a que, según la Escala Multidimensional de Asertividad, la No Asertividad es un estilo de respuesta que se interpreta como una inhabilidad para expresar deseos, opiniones o emociones, por lo que los individuos que presentan este estilo de respuesta pueden llegar a considerarse “no asertivos”. Respecto a la Asertividad Indirecta, se trata de un estilo de respuesta utilizado por individuos que pueden presentar dificultades en enfrentamientos directos con otras personas, por lo que expresan sus deseos, opiniones o peticiones por medios indirectos como cartas o teléfono (Flores y Díaz-Loving, 2004).

Por otra parte, el Malestar Emocional correlacionó negativamente con la dimensión de Asertividad, lo cual puede deberse a que es utilizada para expresar limitaciones, pensamientos, emociones o deseos considerando al individuo como “hábil socialmente” o “asertivo”, por lo que la presencia de un malestar emocional puede llegar a influir en su habilidad, puesto que se considera que, si una persona es asertiva, será capaz de tomar decisiones constructivas ante dificultades y se encuentra libre de ansiedad (Salter, 2001).

Por último, el Malestar Emocional también correlacionó negativamente con Flexibilidad Psicológica, la cual es descrita como la capacidad de ser plenamente consciente del momento presente, reaccionar y comportarse de acuerdo con los valores personales; en este caso, en relación con el lugar de estudio, por ejemplo, cuando una persona valora hacer un buen trabajo, buscará seguir desarrollándose académicamente, aunque hacerlo implique presentar ansiedad, dudas o incertidumbre (Bond *et al.*, 2016). Sin embargo, al presentarse malestar emocional, puede implicar que la persona muestre dificultades al reaccionar de forma rígida al malestar, causando inflexibilidad psicológica, por lo que puede terminar enfocándose en intentar evitarlo o controlarlo a tal grado que deje de lado otros aspectos de su vida (Hernández-López *et al.*, 2021).

El enfoque en la población estudiada se debe a que, conforme avanza la formación como futuros profesionistas, los estudiantes pueden presentar dificultades respecto a cumplir con su deber como estudiantes, debido a que el malestar emocional puede tener diversas repercusiones que les impidan manejar tanto aspectos académicos como personales.

Una de las limitaciones presentadas en el desarrollo de este estudio fue el difícil acceso a un mayor número de estudiantes, por lo que se recomienda a futuras investigaciones seguir estudiando a este grupo poblacional con el fin de desarrollar estrategias de intervención que busquen disminuir el malestar emocional y prevenir la presencia de alteraciones emocionales, así como el desarrollo de otros problemas de salud mental. Finalmente, se sugiere que esta información pueda corroborarse en futuros estudios para su contrastación.

Referencias

- Auerbach, R. P., Mortier, P., Bruffaerts, R., Alonso, J., Benjet, C., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., Ebert, D. D., Green, J. G., Hasking, P., Murray, E., Nock, M. K., Pinder-Amaker, S., Sampson, N. A., Stein, D. J., Vilagut, G., Zaslavsky, A. M., Kessler, R. C., & WHO WMH-ICS Collaborators (2018). WHO World Mental Health Surveys International College Student Project: Prevalence and distribution of mental disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 127*(7), 623-638.
- Beiter, R., Nash, R., McCrady, M., Rhoades, D., Linscomb, M., Clarahan, M., & Sammut, S. (2015). The prevalence and correlates of depression, anxiety, and stress in a sample of college students. *Journal of Affective Disorders, 173*, 90-96.
- Berenzon, S., Galván, J., Saavedra, N., Bernal, P., Mellor-Crummey, L., & Tiburcio, M. (2014). Exploración del malestar emocional expresado por mujeres que acuden a centros de atención primaria de la Ciudad de México: Un estudio cualitativo. *Salud Mental, 37*(4), 313-319.
- Bond, F. W., Lloyd, J., Flaxman, P. E., & Archer, R. (2016). Psychological flexibility and ACT at work. *The Wiley handbook of contextual behavioral science, 459-482*.
- Bruffaerts, R., Mortier, P., Kiekens, G., Auerbach, R. P., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., Green, J. G., Nock, M. K., & Kessler, R. C. (2018). Mental health problems in college freshmen: Prevalence and academic functioning. *Journal of Affective Disorders, 225*, 97-103.
- Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J., & Zheng, J. (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Research, 287*(112934).
- Carlessi, H. H. S., Chocas, L. A. Y., Alva, L. J., Nuñez LLacuachaqui, E. R., Iparraquirre, C. A., Calvet, M. L. M., ... & Fernández Figueroa, C. (2021). Indicadores de ansiedad, depresión, somatización y evitación experiencial en estudiantes universitarios del Perú en cuarentena por Covid-19. *Revista de la Facultad de Medicina Humana, 21*(2), 346-353.
- Flores, M. & Díaz-Loving, R. (2004). EMA: Escala Multidimensional de Asertividad. *Manual Moderno*.
- García Aretio, L. (2021). COVID-19 y educación a distancia digital: preconfinamiento, confinamiento y posconfinamiento. *RIED. Revista Iberoamericana de Educación a Distancia, 24*(1), 9-32.

- González Arratia López Fuentes, N. I., Torres Muñoz, M. A., Ruíz Martínez, A. O., & González Escobar, S. (2021). Bienestar y malestar emocional sobre el rendimiento académico en escolares. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 24(4), 1541-1553.
- Hernández-López, M., Cepeda-Benito, A., Díaz-Pavón, P., & Rodríguez-Valverde, M. (2021). Psychological inflexibility and mental health symptoms during the COVID-19 lockdown in Spain: A longitudinal study. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 19, 42-49. doi: 10.1016/j.jcbs.2020.12.002.
- Herrera L., & Rivera M. (2011). Prevalencia de malestar psicológico en estudiantes de enfermería relacionado con factores sociodemográficos, académicos y familiares. *Ciencia y Enfermería*; XVII (2): 55-64.
- Liu, C. H., Zhang, E., Wong, G. T. F., & Hyun, S. (2020). Factores asociados con la depresión, la ansiedad y la sintomatología del TEPT durante la pandemia de COVID-19: implicaciones clínicas para la salud mental de los adultos jóvenes de EE. UU. *Investigación en Psiquiatría*, 290, 113172.
- Luciano, M. C., & Sonsoles, M. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (Act). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 79-91.
- Manzano-Soto, N., & Roldán-Morales, C. (2015). Análisis de necesidades de orientación del estudiante de primer año en la Universidad Autónoma de Occidente. *Revista Española De Orientación y Psicopedagogía*, 26(3), 121-140.
- Meza-Peña, C., López-Luna, Y. A., Reta-Moreno, Y. L., & Treviño-Cordero, S. (2019). Estrés y Malestar Emocional en Universitarios Mexicanos durante el confinamiento. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades sociotam*, 29(2), 141-158.
- Mosqueda-Díaz, A., González-Carvajal, J., Dahrbacun-Solis, N., Jofré-Montoya, P., Caro-Castro, A., Campusano-Coloma, E., & Escobar-Ríos, M. (2016). Malestar psicológico en estudiantes universitarios: una mirada desde el modelo de promoción de la salud. *Sanus*, (1), 48-57.
- Organización Mundial de la Salud (2020). 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV): Strategic Preparedness and Response Plan. Febrero, 28.
- Patrón-Espinosa, F. (2010). La evitación experiencial y su medición por medio del AAQ-II. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 15(1), 5-19.
- Ramón-Arбуés, E., Gea-Caballero, V., Granada-López, JM, Juárez-Vela, R., Pelli-cer-García, B., & Antón-Solanas, I. (2020). La prevalencia de la depresión, la ansiedad y el estrés y sus factores asociados en estudiantes universitarios. *Revista Internacional de Investigación Ambiental y Salud Pública*, 17 (19), 7001.
- Ruiz, F. J., García-Martín, M. B., Suárez-Falcón, J. C., & Odriozola González, P. (2017). The hierarchical factor structure of the Spanish version of Depression Anxiety and Stress Scale - 21. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 17, 97-105.

- Ruiz Jiménez, F. J., & Odriozola González, P. (2014). The Spanish version of the Work-related Acceptance and Action Questionnaire (WAAQ). *Psicotema*, 26(1), 63-68.
- Patrón-Espinosa, F. (2013). La evitación experiencial como dimensión funcional de los trastornos de depresión, ansiedad y psicóticos. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 5(1), 85-95.
- Pichardo, M. A. S., Miranda, M. Á. D. L., & Reyes Reyes, V. (2013). Malestar psicológico en pacientes de un centro de apoyo psicológico privado. *Alternativas en Psicología*, 17(28), 41-48.
- Salter, A. (2001). *Conditioned reflex therapy*. Wellness Institute, Inc.
- Sarokhani, D., Delpisheh, A., Veisani, Y., Sarokhani, M. T., Manesh, R. E., & Sayehmiri, K. (2013). Prevalence of Depression among University Students: A Systematic Review and Meta-Analysis Study. *Depression Research and Treatment*, 2013, 1-7.
- Valencia, P. D. (2019). Does the Acceptance and Action Questionnaire II Really Measure Experiential Avoidance? *Revista Evaluar*, 19(3), 42-54.
- Vargas, S. M. (2021). Factores que inciden en la depresión en estudiantes universitarios: una revisión sistemática. *Conrado*, 17(82), 387-394.
- Vivanco, A., Saroli Aranibar, D., Caycho Rodríguez, T., Carbajal León, C., & Noé Grijalva, M. (2020). Ansiedad por covid-19 y salud mental en estudiantes universitarios. *Revista de Investigación en Psicología*, 23(2), 197-215.
- Wainberg, M. L., Scorza, P., Shultz, J. M., Helpman, L., Mootz, J. J., Johnson, K. A., ... & Arbuckle, M. R. (2017). Challenges and opportunities in global mental health: a research-to-practice perspective. *Current Psychiatry Reports*, 19(5), 1-10.

CONTEXTOS DE VIOLENCIA QUE PROMOVIERON LA BÚSQUEDA DE ATENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN NAYARIT. ESTUDIO CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

*Ma. del Rocío Figueroa Varela**
*Raúl Gutiérrez Mercado**
Universidad Autónoma de Nayarit*

Resumen

La violencia social y de género afecta todos los ámbitos de vida de las víctimas. En México, los índices indican que esto se agrava cada día, afectando la salud mental y requiriendo servicios que estén libres de sesgos de género para evitar iatrogenias como la revictimización. El objetivo de la investigación fue identificar tipos y contextos de violencia que llevaron a la atención psicoterapéutica, así como la percepción del servicio recibido. A través de un estudio exploratorio y transversal, se obtuvo la información de 67 personas radicadas en Nayarit (57 mujeres y 10 hombres), con promedio de edad de 30.04 años, utilizando como instrumento un cuestionario elaborado mediante Google Forms, segmentado en tres secciones: datos sociodemográficos, tipos de incidentes violentos experimentados y sus lugares de ocurrencia, y por último, la valoración de la atención psicoterapéutica recibida. En su mayoría, se reportó ser víctima de violencia de familiares, parejas y acoso callejero. De las mujeres, 21 acudieron a terapia y cuatro de ellas se sintieron juzgadas y revictimizadas. Mayoritariamente, refirieron bienestar al recibir el servicio y preferían ser atendidas por otras mujeres. Es necesario crear alternativas psicoterapéuticas con perspectiva de género o psicoterapias feministas.

Introducción

La violencia, considerada como el uso intencional de la fuerza para conseguir un fin, es una realidad cotidiana. En México, se registraron oficialmente 16 972 homicidios a nivel nacional en el primer semestre de 2021, con una tendencia al alza si se compara desde 2015 (INEGI, 2022). Si bien es cierto que la mayoría de las víctimas son hombres, la violencia contra las mujeres se ha incrementado de manera sostenida, pues el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES, 2021) advierte que, de las 32 entidades federativas que conforman la República Mexicana, existen actualmente 25 alertas por violencia de género activas en 22 estados del país que incluyen 643 municipios, lo cual es un indicador de la alta violencia de género existente en México. Aunado a lo anterior, en 2021 se reportaron 1 004 feminicidios, y se registró un alza en casos de violencia familiar, de pareja y contra menores, violación o abuso sexual, y acoso y hostigamiento callejero (EFE, 2022).

La violencia de género se ha caracterizado por ser invisible, normalizada y generar una percepción de impunidad, pues 61% de las mujeres han sufrido algún tipo de violencia en el transcurso de su vida y, si deciden denunciar, 88.3% de los delitos quedan impunes. Así pues, la violencia se suele minimizar como algo sin importancia, transmitiendo la sensación de que la denuncia no tendrá ningún tipo de impacto benéfico en la reparación del daño y, por lo tanto, no se denuncia (Impunidad Cero, 2019).

Los efectos de la violencia son de tipo colectivo, social y cultural. Reducen la interacción social, alteran el comportamiento de la población, generan angustia y percepción de desamparo, menoscaban la solidaridad humana y llevan a que la sensación de inseguridad se extienda a distintas áreas de la vida. Todo esto genera un incremento en las necesidades de atención a la salud física y mental para las víctimas de cualquier tipo de acto violento. Respecto a la salud mental, se han documentado las siguientes afectaciones como consecuencia de la violencia de género: desórdenes tanto en la personalidad como en la conducta alimentaria, abuso de alcohol y drogas, disfunciones sexuales, depresión, ansiedad y algunos trastornos obsesivos y compulsivos (Ogbe *et al.*, 2020).

La atención a la salud mental en personas expuestas a la violencia

En diversos estudios, se reporta que la mayor parte de personas expuestas a alguna situación violenta que buscan o suelen ser referidas para recibir atención a su salud mental, suelen ser víctimas de violencia familiar, de pareja, de género; o bien, se trata de familiares y allegados de personas asesinadas, secuestradas, casos de abuso o violación sexual y *bullying*. En su mayoría, son mujeres e infantes quienes se auxilian de este servicio por voluntad propia, por recomendación o canalización de otro tipo de atención del sector salud primario (Ruiz-Ramírez *et al.*, 2016; Loredó-Abdalá *et al.*, 2016; Villanueva, 2016; Medina, 2017; Sandoval-Jurado *et al.*, 2017; Echeverría *et al.*, 2018; Buendía-Rodríguez, 2018; Medina *et al.*, 2020; Ruiz-Pérez y Pastor-Moreno, 2022).

En nuestro país, hay una serie de Leyes y Normas específicas que se espera sean conocidas tanto por la población como por profesionales de la salud para la prevención y atención a las víctimas de violencia. Se pueden consultar así legislaciones vigentes, tales como la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (Cámara de Diputados H. Congreso de la Unión, 2012) y la Norma NOM-046-SSA2-2005: Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres. Criterios para la prevención y atención. En específico, en la Ley antes mencionada, en su Artículo 46 se indica que la Secretaría de Salud debe diseñar, con perspectiva de género, la política de prevención, atención y erradicación de la violencia en contra de las mujeres, así como brindar atención médica y psicológica con perspectiva de género a las víctimas por medio de las instituciones del sector salud de manera integral e interdisciplinaria. En cuanto a la Norma 046, se establece que aun cuando haya personal denominado “objetores de conciencia” (personas que se niegan a realizar procedimientos y técnicas sobre todo relacionadas con abortos por considerar que los actos van en contra a lo que determina su moral o religión), se debe contar en los

servicios de salud con personal de enfermería y medicina libres de objeción de conciencia, pero no se especifica cómo detectar sesgos de género en la atención del personal de psicología o cómo se va a implementar la capacitación en este personal en la perspectiva de género. Además, no se cuenta con un registro oficial del personal certificado para ello.

Correia y Barbosa (2018) mencionan que atender a víctimas de violencia de género sin el debido cuidado sobre los conflictos éticos en el personal de salud puede derivar en mayor invisibilización de la violencia familiar, pues se puede llegar a culpar y responsabilizar a las víctimas de la situación de violencia que viven. Es escasa la investigación sobre la posibilidad de iatrogenia, sea de tipo clínica, social o moral (Flick, 2020), y de la revictimización en atención psicoterapéutica derivada de los roles, prejuicios y creencias estereotipadas, así como de las relaciones de poder con una práctica no ética o de las preferencias o problemáticas en la relación terapéutica de acuerdo a la aproximación teórica del terapeuta (Cueva-Perús, 2012; Flick, 2020). Una investigación realizada en Alemania por Heinze *et al.* (2022) reporta que, según los rasgos de personalidad de pacientes, se tendería a tener una preferencia u otra en el tipo de práctica psicoterapéutica. Los autores mencionan que los consultantes prefieren mayor o menor directividad o acompañamiento más cercano por la o el profesional, de acuerdo con sus rasgos.

Por otro lado, en Inglaterra Williams *et al.* (2016) encontraron que la proporción de consultantes con preferencia por el género de quien le otorga la consulta es baja. Los autores concluyeron que las personas no binarias (esto es que no se identifican con el género masculino o femenino) tienden a elegir a mujeres para la atención. Algunas de las investigaciones como la de Bascuñán (2014) indican que la psicoterapia se da en un ámbito que requiere de un proceso de reflexión con una postura ética sobre los valores en tensión de acuerdo con las circunstancias particulares de cada situación de la persona que la consulta. De esta forma, al comparar por sexo la actuación ética de profesionales de psicoterapia, se encuentra que el grupo de hombres tiende a evaluar más positivamente su formación y actuación ética, perciben menos necesario el trabajo personal del terapeuta para el ejercicio profesional y pocos refieren haberse sentido con conflicto de valores con sus consultantes. Por eso, se hipotetiza que las mujeres tienden a ser más autocríticas y exigentes respecto a su participación en el vínculo con sus pacientes.

Al revisarse otros aspectos implicados como la medicalización de la salud mental, Bacigalupe *et al.* (2020) indican que hay procesos de sobrediagnóstico y medicalización de la salud mental de las mujeres, en los que no se toman en consideración factores que interseccionan con el malestar psicológico, como las prácticas socioculturales que generan dolor y sufrimiento al perpetuar sesgos de género derivados de las construcciones de feminidad y masculinidad hegemónicas. Así pues, reconocen en el encuentro terapéutico la necesidad de actuación que permita realizar una devolución de la paciente a su contexto sin sentirse rechazada ni juzgada con una intervención que reoriente o resignifique y no direccione hacia constructos sociales predeterminados.

Por su parte, Ruiz (2019) comenta que entre algunas variables que pueden ocasionar daños por la relación terapéutica, además de la práctica, se encuentra que las y los pro-

Profesionales tienen creencias o cogniciones que pueden llevar a infravalorar el contexto en donde se desarrolla la vida de quienes necesitan la atención, así como la alta patologización de sus síntomas. El factor de manejo y gestión emocional, sumado a la propia conducta durante las sesiones, son factores que pueden propiciar iatrogenia si la o el profesional no reconoce algunas de sus limitaciones o desempeña prácticas que no son acordes con su especialización. Se sugiere que evolucionar hacia una relación de cooperación y simetría en la psicoterapia dará mejores cursos para apoyar la salud mental y el bienestar de los pacientes. Esto coincide con lo mencionado por Basigalupe *et al.* (2020) y Carranco (2020), quienes sugieren que es urgente identificar escenarios y pautas para la atención a víctimas de violencia de género sin estos sesgos, integrando la perspectiva de género en la atención a la demanda o los problemas iniciales que motivaron la consulta. Además, es deseable contar con espacios de reflexión y actualización en el ámbito clínico que ayuden a deconstruir colectivamente algunas naturalizaciones basadas en el binarismo de género en las que se sostienen incluso algunas psicopatologías o prácticas terapéuticas, al reconocer la intersección de aspectos como el género, la clase, la etnicidad y otras condiciones.

Dados estos elementos, se trazó el objetivo de investigación de identificar los tipos y contextos de violencia que llevaron a las personas a la búsqueda de atención terapéutica y su percepción de este servicio recibido durante 2021 en Tepic, Nayarit.

Método

Se realizó un estudio exploratorio y transversal. Como instrumento se utilizó un cuestionario mediante un formulario de Google Forms. Al inicio del cuestionario, se especificaron criterios de confidencialidad de la información recolectada y el consentimiento a participar en el estudio. En la primera sección, se tenían 10 preguntas sobre los datos sociodemográficos con respuestas de opción múltiple. En la siguiente sección, mediante cuatro preguntas se obtuvieron los tipos, ámbitos, personas agresoras e intensidad de la violencia que habían sufrido. De ellas, dos fueron preguntas de respuesta corta, las demás de opción múltiple. Finalmente, en la tercera sección se exploró, con otros 10 cuestionamientos, qué acciones se realizaron, las afectaciones percibidas, si acudieron a atención psicoterapéutica y evaluación de la atención recibida, dos de estos cuestionamientos fueron también de respuesta abierta corta. El instrumento fue revisado por dos expertas investigadoras en estudios de género, una en sociología y otra en psicología, previo a su utilización.

El formulario se distribuyó invitando a participar mediante redes sociales. Se delimitó un lapso de una semana para recabar la información. Participaron 67 personas de la ciudad de Tepic, Nayarit (57 mujeres = 85% y 10 hombres = 15%) con un promedio de edad de 30.04 años. Mayoritariamente, cursaron la educación superior (52 = 78%) y 18 personas eran profesionistas (27%), estudiantes (23%) y trabajadores de la iniciativa privada (22%). El 57% de la muestra (38) considera que sus recursos les alcanzan para lo básico y 84% (56 personas) se considera heterosexual, 3 personas lésbicas y el resto bisexual.

Resultados

Se destaca por sexo que las mujeres reportan mayor frecuencia el haber tenido dos o más tipos de violencia (42 casos = 74%), situación que 60% (6 casos) de los hombres reporta. Según el tipo de violencia, la psicológica es la que se reporta más (29 casos, 34%), aunque tiene mayor frecuencia el acoso callejero (35 casos, 61%) reportado por las mujeres. Según la persona que agrede, 17 (25%) reporta a un miembro de la familia, seguido por la pareja (11 casos = 16%). Por consiguiente, la vía pública y el hogar son los contextos con mayor ocurrencia de violencia (25 casos [37%] y 17 casos [25%], respectivamente). Ver la Tabla 1.

Tabla 1. *Frecuencia de tipos, contextos y personas que les han violentado durante los últimos 12 meses*

Tipo de violencia	Contexto donde ocurre				
	H = 10	M = 57			
Económica y/o patrimonial	0	16	Hogar	3	14
Física	1	10	Redes sociales	0	3
Verbal	3	21	Escuela	1	9
Psicológica	2	27	Institución y organismo público	3	9
Sexual	0	5	Trabajo	3	6
Escolar	1	0	Vía pública (calles, espacios de ocio y recreación)	1	24
Política	1	0			
Simbólica	1	7	Personas que les agreden		
Institucional	2	0	Pareja	0	11
Acoso Laboral	1	12	Familiar	3	14
Género	0	17	Compañeras/os de trabajo o escuela	1	7
Digital	0	11	Desconocidas (en la calle)	0	35
Acoso Callejero	0	35			

Nota: H = hombres; M = mujeres.

Al haber sido víctimas de violencia, reportan acciones como hablar con sus familiares, pareja o amistades en su mayoría (46 casos, 69%). Únicamente dos mujeres reportaron haber denunciado la violencia sufrida. Los hombres tienen más frecuencia en comentar

que no les afectó nada el haber sufrido violencia (4 casos, 40%). En tanto que 33 (57%) mujeres comentaron afectación entre escasamente y mucho. Las afectaciones fueron en la salud mental, emocionales, relación de familia y pareja, las cuales se registran en la Tabla 2.

Tabla 2. *Afectaciones y acciones realizadas al haber recibido violencia en el último año*

Área de vida afectada	Qué acciones realizaron				
	H = 10	M = 57			
Salud física	1	15	Sin incidentes	2	6
Salud mental	4	25	No decirle a nadie	2	5
Afectación emocional	1	10	Hablar con familiares, pareja o amistades	5	41
Vida social	0	5	Acudir a organizaciones o colectivas	0	1
Vida familiar	0	11	Solicitar ayuda en línea telefónica	1	2
Trabajo	0	24	Se denunció	0	2
Relación de pareja	0	17			
Economía	1	7			
Ninguna	3	32			

Respecto a acudir a algún tipo de atención psicológica, 21 mujeres (36%) lo hicieron y solo un hombre reportó haberlo hecho, aduciendo ellos no hacerlo porque no lo consideraban necesario (6 casos, 60%). Esta misma razón la esgrimen 13 mujeres (57%), mientras que nueve de ellas (16%) comentan no asistir por carencia de recursos económicos.

La totalidad de mujeres que recibieron atención terapéutica mencionó haber realizado alguna acción para visibilizar la violencia, hablando de ello con alguna persona cercana (18.82%), mientras que dos realizaron las denuncias correspondientes que se reflejaron en la Tabla 2. En su mayoría, la atención recibida fue en el ámbito privado (20 mujeres y un hombre) y solo dos mujeres acudieron a alguna institución pública.

Entretanto, 14 mujeres refirieron haber sido atendidas por otra mujer terapeuta, mientras que el hombre fue atendido igualmente por un profesional de su mismo sexo. Únicamente cuatro mujeres del total de 21 comentaron que no consideraron de ayuda la atención psicológica, ya que se sintieron juzgadas, minimizadas o revictimizadas. Las demás

informaron que la atención psicoterapéutica les fue de mucha ayuda, especialmente en aspectos de expresión y contención emocional (6 casos, 29%) y estrategias para la solución de problemas (5 casos, 24%). Sobre la preferencia del sexo del terapeuta que les pudiera atender, 20 mujeres (35%) comentan que prefieren recibir atención de profesionales de su mismo sexo, en tanto que a 37 (65%) le es indiferente si son hombres o mujeres. Ninguna opta por ser atendida por un hombre como psicoterapeuta. A su vez, 90% de los hombres opina que, en caso de atenderse, les sería indiferente el sexo del profesional. Solamente uno mencionó la preferencia de ser atendido por otro hombre (Tabla 3). En cuanto a la edad, la mayoría de las personas participantes informa que les es indistinto la edad de la o el terapeuta (41 casos, 61%), aunque en segundo término hay preferencia por terapeutas del rango de edad entre 31 y 36 años, el cual precisamente es muy cercano a la edad promedio de quienes colaboraron en el estudio ($x = 30.04$).

Tabla 3. *Percepción sobre la atención psicológica recibida y la preferencia del sexo del terapeuta*

	Cómo se sintieron con la atención psicológica recibida			Preferencia por sexo de terapeuta para recibir atención			
	No aplica	Juzgada/o, minimización, revictimización	Comodidad, acompañamiento	hombre	mujer	indistinto	total
Mujeres	32	4	21	0	20	37	57
Hombres	9	0	1	1	0	9	10
Total	41	4	22	1	20	46	67

Nota: 10 hombres participantes y 57 mujeres.

Conclusión y discusión

La violencia de género tiene una alta prevalencia en las mujeres de Tepic, Nayarit, tal como lo constata la alerta de violencia de género activa en Tepic y otros seis municipios estatales desde el 2017 (INMUJERES, 2021). Si bien la muestra no es representativa de la población de Tepic, entre quienes participaron se puede revisar que ellas pueden identificar el tipo de violencia que viven en el día a día por sus principales agresores, que son sus familiares y parejas. Sin embargo, la viven con mayor frecuencia por desconocidos a través del acoso callejero. De las 21 mujeres que sí acudieron a terapia, cuatro de ellas se sintieron juzgadas, ya que se minimizaron los hechos y también las revictimizaron. La mayoría encontró un bienestar en el hecho de contar con un espacio terapéutico donde se

sentían en confianza y seguras. Resalta que ellas prefieran ser atendidas por otras mujeres con una edad semejante a ellas. Asimismo, destaca la significativa diferencia en cuanto a la proporción de participantes mujeres y hombres en la presente investigación y la experimentación de violencia, lo cual es congruente con la alerta por violencia de género en Nayarit, que en su mayoría muestra a víctimas mujeres y victimarios hombres. Es probable que exista una mayor cantidad de hombres que también pueden haber experimentado algún incidente violento, pero debido a los mandatos de la masculinidad tradicional y hegemónica no se perciban como víctimas, experimenten vergüenza al reconocerse como tales y prefieran no expresarlo a nadie, por lo que las violencias que ellos viven podrían estar subrepresentadas. Se coincide con el posicionamiento de Basigalupe *et al.* (2020), Carranco (2020), y Correia y Barbosa (2018) en el sentido de crear alternativas psicoterapéuticas en las que se integre la perspectiva de género o psicoterapias feministas cuando los motivos de consulta sean particularmente por la experimentación de incidentes violentos, dado que hay elementos teóricos que indican la necesidad de considerar el género como un categoría de análisis en el ámbito terapéutico para disminuir posibles sesgos de género en la atención psicoterapéutica. Si bien una de las limitaciones del estudio es no ser estadísticamente representativo de la población nayarita, lo cierto es que sirve para explorar un campo pocas veces analizado y en el que se debe poner atención.

Referencias

- Bacigalupe, A., Cabezas, A., Baza, M., & Martín, U. (2020). El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34 (1), 61-67. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.013>.
- Bascuñán, M. L. (2014). *Desafíos éticos en psicoterapia. Perspectiva de formadores, psicoterapeutas y consultantes*. Tesis de doctorado. Universidad de Chile. http://repositorio.conicyt.cl/bitstream/handle/10533/180841/BASCU%C3%91AN_MARIA_LUZ_2473D.pdf?sequence=1.
- Buendía-Rodríguez, A. D. (2018). Encerrada pero libre: el modelo de atención de la violencia contra las mujeres en el Estado de México. *La Ventana. Revista de estudios de género*, 6(48), 92-138. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1405-94362018000200092&script=sci_abstract&tlng=en.
- Carranco, D. (2020). La no revictimización de las mujeres en México. *Revista Digital Universitaria*, 21(4). https://www.revista.unam.mx/wp-content/uploads/a3_v21n4.pdf
- Correia, A. C. D., & Barbosa R. B. (2018). Conflictos éticos y limitaciones de la atención médica a las mujeres víctimas de violencia de género. *Revista Bioética*, 26, 77-86. <https://doi.org/10.1590/1983-80422018261228>.
- Cueva-Perús, M.-A. (2012). Hablar y callar, o del poder y la iatrogenia en un imaginario sociocultural. *Boletín Científico Sapiens Research*, 2(2), 35-40. <https://www.srg.com.co/bcsr/index.php/bcsr/article/view/66>.

- Echeverría, R., Paredes Guerrero, L., Evia, N. M., Carrillo, C. D., Kantún, M. D., Batún, J. L., & Quintal López, R. (2018). Caracterización del hostigamiento y acoso sexual, denuncia y atención recibida por estudiantes universitarios mexicanos. *Revista de Psicología (Santiago)*, 27(2), 49-60. <http://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2019.52307>.
- EFE (21 de enero de 2022). La ola de feminicidios en México continúa imparable con 1.004 muertes en 2021. *Los Angeles Times*. <https://www.latimes.com/espanol/mexico/articulo/2022-01-21/la-ola-de-femicidios-en-mexico-continua-imparable-con-1-004-muertes-en-2021>.
- Flick, S. (2021). Theorising medical psychotherapy: Therapeutic practice between professionalisation and deprofessionalisation. *European Journal of Social Theory*, 24(2), 227-245. <https://doi.org/10.1177/1368431020960556>.
- Heinze, E., Weck, F., & Kühne, F. (2022). Assessing Patient Preferences: Examination of the German Cooper-Norcross Inventory of Preferences. *Frontiers in Psychology* 12, 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.795776>.
- Impunidad Cero (2019). Sistémica e impune: así es la violencia de género en México. <https://www.impunidadcero.org/articulo.php?id=110&t=sistemica-e-impune-asi-es-la-violencia-de-genero-en-mexico>.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2022). *Defunciones por homicidio 2021*. (Comunicado de prensa número 27/22). <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/do/do2021.pdf>.
- Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) (2021). Alerta de violencia de género contra las mujeres. <https://www.gob.mx/inmujeres/acciones-y-programas/alerta-de-violencia-de-genero-contra-las-mujeres-80739>.
- Le Clerq, J. A., & Rodríguez, G. (2018). *La impunidad subnacional en México y sus dimensiones IGI-MEX 2018*. Fundación Universidad de las Américas Puebla https://www.udlap.mx/cesij/files/indices-globales/7-IGIMEX_2018_ESP-UDLAP.pdf.
- Loredo-Abdalá, A., Villanueva-Clift, H., Aguilar-Ceniceros, A. M., & Casas-Muñoz, A. (2016). Maltrato infantil: su conocimiento, atención y difusión en tres hospitales pediátricos de México. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 73(4), 219-227. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665114616300636>.
- Medina, D. C. M., Guayacondo, M. O. B., Encalada, L. M. A., & Estupiñán, A. M. M. (2020). Violencia intrafamiliar en el marco de la emergencia sanitaria por el COVID-19. *CienciAmérica: Revista de Divulgación Científica de la Universidad Tecnológica Indoamérica*, 9(2), 261-267. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7746453>.
- Medina, R. P. (2017). Variedades de la demanda terapéutica en el contexto de atención primaria en Ejutla, Jalisco. *Revista Redes*, (34). Recuperado de: <http://redesdigital.com.mx/index.php/redes/article/view/190>.
- Ogbe, E., Harmon, S., Van den Bergh, R., & Degomme, O. (2020). A systematic review of intimate partner violence interventions focused on improving social

- support and/mental health outcomes of survivors. *PLoS One*, 15(6), e0235177. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235177>.
- Ruiz, V. (2019). *Terapias potencialmente peligrosas y otras variables que producen iatrogenia en psicoterapia*. Tesis de grado. Universidad de Comillas. <https://repositorio.comillas.edu/rest/bitstreams/238972/retrieve>.
- Ruiz-Pérez, I., & Pastor-Moreno, G. (2022). Medidas de contención de la violencia de género durante la pandemia de covid-19. *Gaceta Sanitaria*, 35, 389-394. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.04.005>.
- Ruiz-Ramírez, R., Zapata-Martelo, E., García-Cué, J. L., Pérez-Olvera, A., Martínez-Corona, B., & Rojo-Martínez, G. (2016). Bullying en una universidad agrícola del Estado de México. *Ra Ximhai*, 12(1), 105-126. <https://www.redalyc.org/pdf/461/46146696007.pdf>.
- Sandoval-Jurado, L., Jiménez-Báez, M. V., Alcocer, G. R., Hernandez, O. V., & Espadas, F. G. P. (2017). Violencia de pareja: tipo y riesgos en usuarias de atención primaria de salud en Cancún, Quintana Roo, México. *Atención Primaria*, 49(8), 465-472. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656717300033>.
- Villanueva, S. L. D. (2016). Modelo de atención psicológica para mujeres víctimas de violencia familiar albergadas en hogares de refugios temporal. *HRT. Avances en Psicología*, 24(1), 85-102. Recuperado de: <https://revistas.unife.edu.pe/index.php/avancesenpsicologia/article/view/146>
- Williams, R., Farquharson, L., Palmer, L. Basset, P., Clarke, J., Clark, D., & Crawford D. (2016). Patient preference in psychological treatment and associations with self-reported outcome: national cross-sectional survey in England and Wales. *BMC Psychiatry* 16, 4. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0702-8>.

ASOCIACIÓN ENTRE REGULACIÓN EMOCIONAL, CONDUCTA ALIMENTARIA Y EJERCICIO FÍSICO EN TIEMPOS DE PANDEMIA POR COVID-19

*Samantha Lizeth González Escobar**
*Raquel García Flores**
*Anabel de la Rosa Gómez**
*Sonia Beatriz Echeverría Castro**
Instituto Tecnológico de Sonora*

Resumen

El aislamiento social debido al confinamiento durante la pandemia por covid-19 afectó el estilo de vida de las personas, especialmente en la conducta alimentaria y el ejercicio físico. Se observó un incremento en el índice de masa corporal ligado a las prácticas alimentarias por experimentar ansiedad, estrés y depresión. La investigación tuvo como objetivo describir la relación entre la regulación emocional, la conducta alimentaria y el ejercicio físico en adultos sonorenses en tiempos de pandemia por covid-19. Se utilizó un diseño no experimental, correlacional-transversal con un muestreo no probabilístico intencional. Participaron 235 adultos menores de 60 años ($M = 30.46$ años), 40% eran varones y 60% mujeres. Se aplicó el Cuestionario de hábitos relacionados con el sobrepeso y la obesidad, el Emotion Regulation Questionnaire (ERQ) y la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21). Se identificaron correlaciones positivas entre la reevaluación cognitiva y conductas saludables. Por su parte, la supresión emocional fue correlacionada positivamente con comer por bienestar psicológico.

Introducción

La pandemia debido al covid-19 tuvo lugar después de que el primer brote en Wuhan, China, en 2019, se diera a conocer. La enfermedad por coronavirus (covid-19) es considerada como una enfermedad de tipo infecciosa causada por el virus SARS-COV-2. Debido a que este virus puede propagarse desde boca o nariz por una persona infectada en diminutas partículas líquidas, las medidas para evitar el contagio incluyeron estar en casa y salir lo menos posible, mantener una distancia mínima de 1.5 metros, usar mascarilla ajustada y lavarse las manos con jabón o algún desinfectante de base alcohólica con frecuencia (Organización Mundial de la Salud, 2022). Sin embargo, el confinamiento en conjunto con otros acontecimientos trajo consigo una oleada de problemas de índole psicoemocional (Balanzá-Martínez *et al.*, 2020). Múltiples estudios alrededor del mundo encontraron altos índices en su población de afectaciones o trastornos emocionales, como el estrés, la

ansiedad, la depresión, los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), entre otros (Chen *et al.*, 2021; Coulthard *et al.*, 2021).

Antecedentes

El estudio de la regulación emocional (RE) en adultos ha permitido conocer las familias de las estrategias de regulación emocional que intervienen en las decisiones de los individuos, como se vislumbran en el modelo procesal de la regulación emocional (Gross, 2015). Estas estrategias de RE aparecen en distintos puntos del surgimiento de la experiencia emocional: selección de la situación, modificación de la situación, manipulación de la atención, la reevaluación cognitiva (RC) y la modulación de la respuesta. Cada una de estas estrategias permite modular las emociones, acorde a los objetivos que cada individuo concrete, según sea la percepción o valoración que mantenga de la situación que disparó la experiencia emocional (McRae y Gross, 2020).

Gross (1998) define a la regulación emocional como: “aquellos procesos mediante los cuales los individuos logran modificar sus emociones, mientras ocurren y cómo las experimentan y expresan. Los procesos de regulación emocional pueden ser automáticos o controlados, conscientes o inconscientes”.

Dentro del campo de estudio de este modelo intervienen además aspectos sociales, considerando la respuesta del individuo hacia su entorno (retroalimentación); aspectos cognitivos, como la estrategia de la reevaluación cognitiva (RC); y, el impacto en el bienestar que pueda ocasionar elegir ciertas familias de estrategias (Gross, 2002). Es así que se posiciona a la RC y la supresión emocional (SE) como las estrategias de regulación emocional que generan un impacto favorable o desfavorable en la salud (Gross, 2001).

Por un lado, en un estudio se utilizó la prueba de correlación de Pearson para conocer las posibles relaciones entre las subescalas de regulación emocional con sintomatología correspondiente a la depresión, en muestras en diferentes continentes (América del Norte $n = 103$, Europa $n = 404$, América del Sur $n = 108$ y Asia $n = 136$). Los resultados obtenidos describen correlaciones positivas y moderadas en la subescala de supresión emocional con sintomatología depresiva en las cuatro muestras, mientras que la subescala de reevaluación cognitiva presentó correlaciones bajas y negativas (Chahar *et al.*, 2020).

Estos hallazgos corresponden con otros estudios donde se sugiere que la estrategia de supresión emocional se asocia positivamente con malestar emocional, mientras que la reevaluación cognitiva se correlaciona negativamente (Spaapen *et al.*, 2014; Preece *et al.*, 2021). La regulación emocional engloba tanto emociones positivas como negativas, y la intensidad con la que se experimentan podría suscitar psicopatologías, como el trastorno de ansiedad generalizada que se caracteriza por una hiperreactividad emocional a emociones negativas específicas, y el trastorno depresivo mayor que abarca tanto la hiperreactividad como emociones negativas e hiporreactividad a emociones positivas (Gross y Jazaieri, 2014).

Al respecto, se puntualiza que el manejo de las emociones podría intervenir en las prácticas alimentarias, lo que se define como “comer emocional” (Pérez, 2020) o en la predilección por cierto tipo de alimentos como lo explica la teoría de la relación de las emociones, con el comer emocional y el malestar emocional (Konttinen *et al.*, 2019).

El comer emocional también ha sido asociado con otras variables, como lo mencionan en su artículo Hunt *et al.* (2017). La urgencia negativa se activa una vez que el sujeto se ve sobrepasado por sus emociones, lo que le genera angustia y en un acto impulsivo busca compensarlo con comida. Estas conductas alimentarias son consideradas de riesgo para desarrollar un posible Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA), como el Trastorno por Atracón (TA).

Planteamiento del problema

La supresión emocional (SE) se ha visto como una variable que se asocia con mayor probabilidad de practicar el comer emocional en jóvenes adultos, lo cual representa un área de oportunidad para poder intervenir en materia de salud física y mental (Samuel y Cohen, 2018). Asimismo, en su investigación, van Strien (2018) explica que utilizar estrategias de regulación emocional deficientes podría asociarse a mayor depresión en adultos con obesidad que practican el comer emocional.

Otros factores de riesgo para practicar conductas alimentarias poco saludables son la ansiedad y el antojo por consumir azúcar (De Oliveira *et al.*, 2018), que las personas estén expuestas a altos niveles de estrés (Díaz y Beltrán-Morillas, 2021), y el ansia y la urgencia por comer (Verzijl *et al.*, 2018).

A partir del 30 de enero de 2020, la OMS declara la pandemia por covid-19, debido a la amenaza suscitada por los 118 000 casos en 114 países. Para esa fecha, se tenía un conteo de 4 291 muertes. Este hecho mundial marcó la vida de miles de personas alrededor del globo, debido al confinamiento forzado como medida de seguridad. En ese momento, se puso de relieve la preocupación que este evento supondría para la salud mental (Mengin *et al.*, 2020).

En su estudio, Cecchetto *et al.* (2021) investigaron el impacto del encierro sobre el comer emocional y los atracones. Utilizaron una encuesta en línea para comparar el Índice de Masa Corporal (IMC) reportado, alexitimia, ansiedad, estrés y depresión, y el estado social (ingreso monetario, carga de trabajo) en una muestra de 365 italianos sin antecedentes de TCA. Los resultados indicaron que los índices del comer emocional se debieron significativamente a los niveles elevados de ansiedad, depresión, y parcialmente a la calidad de las relaciones interpersonales y la calidad de vida. Por el contrario, los atracones por comida fueron predichos por altos niveles de estrés. Los sujetos con mayor IMC tuvieron un impacto más desfavorable ante las restricciones y el encierro, y mostraron niveles más altos de alexitimia.

El encierro produjo que las personas con diagnóstico o historial de desórdenes de alimentación, al verse desprovistas de acceso a ciertos grupos alimenticios y de ayuda

profesional directa, incrementaran su preocupación por no poder seguir las indicaciones de las dietas, por verse limitados en su rutina de ejercicio físico y por su imagen corporal. Esta situación trajo consigo prácticas compensatorias como restricción en la ingesta, vómito autoinducido, saltarse comidas, dormir y no desayunar, pesarse constantemente, entre otras (Schlegl *et al.*, 2020).

Entre las prácticas menos favorecedoras para la calidad de vida observadas en la literatura aparecen: cocinar más durante el encierro, menor consumo de pescado y carne y mayor de comida rápida (Sulejmani *et al.*, 2021); restricción de la ingesta, saltarse comidas y sobreingesta (Khubchandani, Kandiah y Saiki, 2020); aumentar el consumo de azúcares y poco control sobre los antojos (Buckland *et al.*, 2021); ingesta emocional y desinhibición de la conducta alimentaria (Martínez Rodríguez *et al.*, 2020); no realizar ejercicio físico y mala calidad de sueño (López-Moreno *et al.*, 2020).

A pesar de tener registros de los cambios desfavorables en las prácticas alimentarias y el ejercicio físico (Ammar *et al.*, 2020), existen otros datos que pueden contradecir lo anterior, ya que, en contraste, sugieren que el confinamiento ayudó a modificar los hábitos poco saludables en algunos sectores de la población (Mitchell *et al.*, 2021).

Tal es el caso del estudio de Lesser y Nienhuis (2020), el cual tuvo como objetivo evaluar cómo el distanciamiento social y el encierro impactaron en la actividad física y en el bienestar en la vida de los canadienses. Los resultados arrojaron que 33% de los sujetos que se denominaban como “no activos”, durante el confinamiento aumentaron su actividad física, y 40.3% de quienes eran “activos físicamente” se volvieron aún más activos. Los niveles de ansiedad fueron menores en quienes practicaban ejercicio físico dentro de sus hogares en comparación con aquellos que invertían menos tiempo en esta actividad.

En el caso de México, se vislumbra el estudio de Rico-Gallegos *et al.* (2020), en el cual se midieron la actividad física y las conductas relacionadas con la salud durante el periodo de marzo-abril de 2020 a través de una evaluación virtual. En total, respondieron 466 sujetos, 328 mujeres y 136 hombres, con una edad promedio de 32.77 años. Los resultados describen que 46.35% de la muestra presentó un nivel bajo de actividad física, siendo el grupo de edad de 41-60 años el que tuvo la mayor prevalencia. Las conductas relacionadas con la salud con mayor prevalencia en la población fueron: “últimamente me enfado con facilidad” (42.06%), “me despierto antes de la hora” (36.90%) y “solo puedo andar dentro de la casa” (35.19%).

Otra investigación realizada durante el encierro por la pandemia en México corresponde a la de Villaseñor *et al.* (2021), la cual tuvo como objetivo evaluar el consumo de alimentos no saludables y prácticas en el estilo de vida en mexicanos durante el confinamiento. El total de la muestra fue de 1 084 sujetos pertenecientes a varios estados de la República Mexicana, la mayor parte del este del país (n = 185). Según los datos obtenidos, 69.8% de la muestra practicó una alimentación saludable antes del confinamiento, 6.5% muy saludable y 23.7% poco saludable. Durante el encierro se observó que 17.1% describió estar comiendo más seguido que antes y solo 2.3% reportó haber mejorado su alimentación.

Por lo mencionado, a pesar de contar con estudios realizados en México, es importante contar con información que pertenezca al estado de Sonora, esto con la finalidad de detectar las conductas alimentarias, selección o preferencia por ciertos alimentos y ejercicio físico, así como afectaciones emocionales como el estrés, la ansiedad y la depresión, además de la regulación emocional. Esto de manera que sea posible concretar líneas de acción y propuestas para brindar herramientas a las personas que les permitan cuidar de su salud física y mental, y así prevenir futuros trastornos mentales como los de la conducta alimentaria.

Por ello, el objetivo de la presente investigación fue describir la relación que presenta la regulación emocional con la conducta alimentaria y el ejercicio físico en adultos sonorenses en tiempos de pandemia por covid-19.

Método

Tipo de estudio

Se llevó a cabo un estudio con un diseño no experimental, correlacional-transversal de tipo cuantitativo.

Participantes

Se obtuvieron datos de 235 usuarios vía internet, donde 40.4% (95 participantes) de la muestra eran varones y 59.6% (140 participantes) mujeres, todos pertenecientes al estado de Sonora. El tipo de muestreo fue intencional no probabilístico. El promedio de la edad de los participantes fue de 30.46 años; 63% de los usuarios mencionaban estar solteros, 20.9% casados, 11.1% en unión libre, 4.3% divorciados y 0.9% viudos. Referente al nivel educativo, 0.4% reportó haber estudiado hasta la primaria, 2.1% secundaria, 14.5% preparatoria, 9.4% técnica, 60.9% profesional y 12.8% posgrado.

Instrumentos

En este estudio, se utilizaron los siguientes instrumentos de medición:

Cuestionario de hábitos relacionados con el sobrepeso y la obesidad (CHRSO) (Pardo et al., 2018). Consiste en un instrumento que fue validado en población mexicana con el objetivo de evaluar el estilo de vida y los hábitos asociados a la conducta alimentaria en adultos con sobrepeso u obesidad que se encuentran bajo tratamiento o intervención. En esta validación, se ajustaron 19 ítems de los 22 de su instrumento original agrupados en cinco dimensiones: (1) “contenido calórico o energético de la dieta” (ítems: 1, 2, 3, 5, 6, 8, 10, 12, 14, 20, 21); (2) “bienestar psicológico”, agrupa los reactivos que miden el hecho de comer para mejorar el estado psicológico (11, 15, 18); (3) “práctica habitual o sistemática de ejercicio físico”, engloba los reactivos 9, 13, 16; (4) “consumo de alcohol”,

mide la frecuencia de la ingesta de alcohol (17, 19); y (5) “alimentación saludable” (4, 7, 22). Las cinco dimensiones explican 57.7% de la varianza total explicada y se obtuvo un coeficiente de confiabilidad que oscila entre 0.77 y 0.87%.

Emotion Regulation Questionnaire (ERQ) es un cuestionario que mide las dos estrategias de la Regulación Emocional del modelo de Gross (Gross y John, 2003): revaloración cognitiva (6 ítems) y supresión emocional (4 ítems). Se utilizó la adaptación al español de Cabello *et al.* (2013). El coeficiente de Cronbach para la revaloración cognitiva fue de .79 y de .75 para la supresión emocional.

Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21). Esta escala fue creada por Lovibond y Lovibond (1995) con el objetivo de maximizar y optimizar la discriminación entre la percepción subjetiva de ansiedad y la depresión en los usuarios. Esta escala está compuesta de tres factores: depresión, la cual mide bajo afecto, disforia, desesperanza, tristeza y anhedonia. Para efectos de este estudio, se utilizó la validación de Ruiz *et al.* (2017), la cual fue aplicada en poblaciones españolas y colombianas, y posee las tres subescalas: depresión (ítems: 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21); ansiedad (reactivos: 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20); y estrés (ítems: 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18). La consistencia interna del instrumento fue obtenida por Alfa de Cronbach y oscila entre .92 y .95; la subescala “depresión” obtuvo valores de .86 a .92; la subescala “ansiedad” fue de .80 a .87; y la subescala “estrés” fue de .80 a .86.

Procedimiento

El proyecto se sometió al comité de bioética para su revisión y aceptación. Ya liberado, se realizaron los formularios de los instrumentos a través de Google Forms para que la aplicación fuera solamente en línea, tomando en cuenta la situación sanitaria del país y siguiendo las indicaciones de las instituciones de salud. Los criterios de inclusión para este estudio fueron vivir en el estado de Sonora y ser mayor de edad (rango de edad de 18 a 60 años). El periodo de levantamiento de datos abarcó del 27 de agosto de 2021 al 16 de febrero del presente 2022. Los participantes tuvieron que leer el consentimiento informado presente en el formulario antes de comenzar a responder. Con la obtención de los datos, se procedió a realizar los análisis descriptivos correspondientes utilizando el paquete estadístico IBM SPSS 23 y la prueba de correlación adecuada a la distribución de los datos.

Resultados

Se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para conocer la distribución de los datos y seleccionar la prueba de correlación adecuada para el caso. Como resultado, se obtuvo una distribución no paramétrica ($p < 0.05$), por lo que se aplicó la prueba de Rho de Spearman para conocer la correlación de las variables: reevaluación cognitiva y supresión (ERQ), conducta alimentaria y ejercicio físico (CHRSO), y se unificaron las subescalas del DASS-21 a “malestar emocional”.

La subescala de reevaluación cognitiva (RC) presentó niveles bajos de correlación positiva significativa con las dimensiones “Ejercicio Físico” ($p = 0.033$), “Alimentación Saludable” ($p = 0.053$). Sin embargo, la correlación con “Contenido Calórico” ($p = 0.115$) no fue significativa. Asimismo, se observaron correlaciones negativas significativas con “Bienestar Psicológico” ($p = 0.00$), mientras que con la dimensión de “Consumo de Alcohol” la significancia fue muy baja ($p = 0.213$). En cuanto al malestar emocional, la correlación encontrada fue negativa y significativa ($p = 0.00$). Esto se puede traducir en que, a mayor uso de la RC, mayor índice de conductas favorables para la salud y menor probabilidad de alimentarse para modificar los estados de ánimo y de malestar emocional. La subescala de supresión emocional (SE) presentó correlaciones positivas muy bajas o casi nulas en cuanto a las dimensiones del cuestionario de hábitos relacionados con el sobrepeso y la obesidad. Sin embargo, correlacionó significativamente de forma negativa con “Alimentación saludable”. Respecto a su relación con el malestar emocional, su puntuación es significativa y positiva ($p = 0.00$). Por lo tanto, los datos reflejan que la SE está relacionada con una menor alimentación saludable y mayor malestar emocional (Tabla 1).

Otro dato importante fue la correlación del malestar emocional con algunas dimensiones del cuestionario de hábitos relacionados con el sobrepeso y la obesidad. De acuerdo con las correlaciones encontradas, a mayor malestar emocional, menor es la frecuencia de la práctica de hábitos saludables como tomar en cuenta el contenido calórico de los alimentos seleccionados, no seguir los lineamientos de la alimentación saludable y menor tiempo de ejercicio físico. Por el contrario, a mayor malestar emocional, mayor prevalencia de alimentarse para disminuir los efectos negativos experimentados.

Tabla 1. *Correlaciones de las variables*

Variables	CC	BP	EF	CA	AS	SE	RC	DASS21
Contenido calórico (CC)	-							
Bienestar psicológico (BP)	.049	-						
Ejercicio físico (EF)	.518**	-.096	-					
Consumo de alcohol (CA)	-.009	-.007	.085	-				
Alimentación saludable (AS)	.513**	.082	.388**	-.005	-			
Supresión emocional (SE)	-.073	.053	.030	-.096	-.123	-		
Reevaluación cognitiva (RC)	.103	-.230**	.139*	-.081	.126	.048	-	-
Malestar emocional Total (DASS21)	-.063	.526**	-.164*	-.015	-.059	.227**	-.268**	

** La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral).

* La correlación es significativa en el nivel 0.05 (bilateral).

Discusión

Las estrategias de regulación emocional (RE) pueden conducir a una mejor alimentación y práctica de ejercicio físico. Es posible que la correlación entre la RC y el malestar emocional haya sido negativa, debido a que posibilita el desahogo emocional, aumenta la flexibilidad y se incrementa la posibilidad de experimentar afectos positivos (McRae y Gross, 2020). En este estudio, fue posible explorar la RE y su asociación con determinadas prácticas de la conducta alimentaria y la práctica de ejercicio físico en tiempos de pandemia, algo que, si bien ha sido evaluado en otros estudios, no se adhiere a estrategias de regulación emocional. Estos resultados coinciden con el estudio de Litwin *et al.* (2016), en el que se identificó la estrategia de regulación emocional, evitación experiencial, como un mediador de la asociación entre el afecto negativo y la alimentación emocional.

Un aspecto importante fue la significativa correlación positiva del malestar emocional con la subescala de comer por “bienestar psicológico”, lo que ha sido demostrado en otros estudios con el constructo del comer emocional y su influencia en las afectaciones psicoemocionales (Macht y Simons, 2000; Constant *et al.*, 2018).

Entre las limitaciones de este estudio estuvo el tamaño de la muestra, por lo que para futuros estudios se sugiere incrementarla y especificar a qué lugares del estado de Sonora pertenecen. Otra sugerencia es agregar un instrumento que mida “comer emocional”, además de utilizar un instrumento de medición de la actividad física que mida la frecuencia y tipo actividad. También habría sido interesante comparar estos datos con otros anteriores a la pandemia para lograr un punto comparativo en las muestras. Estos datos pueden ayudar a crear programas de intervención que ayuden a la población a disminuir niveles de estrés, ansiedad y depresión a través de técnicas funcionales de regulación emocional.

Referencias

- Ammar, A., Brach, M., Trabelsi, K., Chtourou, H., Boukhris, O., Masmoudi, L., Bouaziz, B., Bentlage, E., How, D., Ahmed, M., Müller, P., Müller, N., Aloui, A., Hammouda, O., Paineiras-Domingos, L. L., Braakman-Jansen, A., Wrede, C., Bastoni, S., Soares Pernambuco, C., Mataruna, L., ... Hoekelmann, A. (2020). Effects of COVID-19 Home Confinement on Eating Behaviour and Physical Activity: Results of the ECLB-COVID19 International Online Survey. *Nutrients*, *12*, 1583, 1-13. <https://doi.org/10.3390/nu12061583>.
- Balanzá-Martínez, V., Atienza-Carbonell, B., Kapczynski, F., & De Boni, R. B. (2020). Lifestyle behaviours during the COVID-19 – time to connect. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *141*, 399-400. <https://doi.org/10.1111/acps.13177>.
- Buckland, N. J., Swinnerton, L. F., Ng, K., Price, M., Wilkinson, L. L., Myers, A., & Dalton, M. (2021). Susceptibility to increased high energy dense sweet and savoury food intake in response to the COVID-19 lockdown: The role of craving control

- and acceptance coping strategies. *Appetite*, 158, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.105017>.
- Cabello, R., Salguero, J. M., Fernández-Berrocal, P., & Gross, J. J. (2013). A Spanish Adaptation of the Emotion Regulation Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 29, 4, 234-240. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000150>
- Cecchetto, C., Aiello, M., Gentili, C., Ionta, S., & Osimo, S. A. (2021). Increased emotional eating during COVID-19 associated with lockdown, psychological and social distress. *Appetite*, 160, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105122>.
- Chahar Mahali, S., Beshai, S., Feeney, J. R., & Mishra, S. (2020). Associations of negative cognitions, emotional regulation, and depression symptoms across four continents: International support for the cognitive model of depression. *BMC Psychiatry*, 20, 18, 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2423-x>.
- Chen, P. J., Pusica, Y., Sohaei, D., Prassas, I., & Diamandis, E. P. (2021). An overview of mental health during the COVID-19 pandemic. *Diagnosis*, 8, 4, 403-412. <https://doi.org/10.1515/dx-2021-0046>.
- Constant, A., Gautier, Y., Coquery, N., Thibault, R., Moirand, R., & Val-Laillet, D. (2018). Emotional overeating is common and negatively associated with alcohol use in normal-weight female university students. *Appetite*, 129, 186-191. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.07.012>.
- Coulthard, H., Sharps, M., Cunliffe, L., & Van den Tol, A. (2021). Eating in the lockdown during the Covid 19 pandemic; self-reported changes in eating behaviour, and associations with BMI, eating style, coping and health anxiety. *Appetite*, 161, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.105082>.
- De Oliveira Penaforte, F. R., Santos Minelli, M. C., Rezende Anastácio, L., & Cremonesi Japur, C. (2019). Anxiety symptoms and emotional eating are independently associated with sweet craving in young adults. *Psychiatry Res*, 271, 715-720. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.11.070>.
- Díaz Pérez, S., & Beltrán-Morillas, A. M. (2021). Ansia por la comida y alimentación emocional: variables asociadas. *REIDOCREA*, 10, 37, 1-10.
- Gross, J. J. (1998). The Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review. *Review of General Psychology*, 2, 3, 271-299.
- Gross, J. J. (2001). Emotion Regulation in Adulthood: Timing Is Everything. *Association for Psychological Science*, 10, 214-219.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39, 281-291. <https://doi.org/10.1017.S0048577201393198>.
- Gross, J. J. (2015). The Extended Process Model of Emotion Regulation: Elaborations, Applications, and Future Directions. *Psychological Inquiry: An International Journal for the Advancement of Psychological Theory*, 26, 1, 130-137. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2015.989751>.

- Gross, J. J., & Jazaieri, H. (2014). Emotion, Emotion Regulation, and Psychopathology: An Affective Science Perspective. *Special Series*, 2, 4, 387-401. <https://doi.org/10.1177/2167702614536164>.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual Differences in Two Emotion Regulation Process: Implications for Affect, Relationships, and Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 2, 348-362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348348>.
- Hunt, T. K., Forbush, K. T., Hagan, K. E., & Chapa, D. A. (2017). Do emotion regulation difficulties when upset influence the association between dietary restraint and weight gain among college students? *Appetite*, 1, 114, 101-109. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.03.029>.
- Khubchandani, J., Kandiah, J., & Saiki, D. (2020). The COVID-19 Pandemic, Stress, and Eating Practices in the United States. *Investigation in Health Psychology and Education*, 10, 950-956. <https://doi.org/10.3390/ejihpe10040067>.
- Kontinent, H., Van Strien, T., Männistö, S., Jousilahti, P., & Haukkala, A. (2019). Depression, emotional eating and long-term weight changes: a population-based prospective study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 16, 28, 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12966-019-0791-8>.
- Lesser, I. A., & Nienhuis, C. P. (2020). The Impact of COVID-19 on Physical Activity Behavior and Well-Being of Canadians. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17, 3899, 1-12. <https://doi.org/10.3390/ijerph17113899>.
- Litwin, R., Goldbacher, E. M., Cardaciotto, L., & Gambrel, L. E. (2016). Negative emotions and emotional eating: the mediating role of experiential avoidance. *Eat Weight Disord*, 22, 1, 1-8. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0301-9>.
- López-Moreno, M., Iglesias López, M. T., Miguel, M., & Garcés-Rimón, M. (2020). Physical and Psychological Effects Related to Food Habits and Lifestyle Changes Derived from COVID-19 Home Confinement in the Spanish Population. *Nutrients*, 12, 3445, 1-17. <https://doi.org/10.3390/nu12113445>.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33: 335-343.
- Macht, M., & Simons, G. (2000). Emotions and eating in everyday life. *Appetite*, 35, 65-71. <https://doi.org/10.1006/appe.2000.0325>.
- Martínez Rodríguez, T. Y., Bernal-Gómez, S. J., Mora Vergara, A. P., & Hun Gamboa, N. E. (2020). Percepción subjetiva de manejo emocional, ansiedad y patrones de ingesta relacionados con aislamiento por COVID-19. *Universitas Psychologica*, 19, 1-9. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy19.epbi>.
- McRae, K., & Gross, J. J. (2020). Emotion Regulation. *American Psychological Association*, 20, 1, 1-9. <http://dx.doi.org/10.1037/emo0000703>.
- Mengin, A., Allé, M. C., Rolling, J., Ligier, F., Schroder, C., Lalanne, L., Berna, F., Jardri, R., Vaiva, G., Geoffroy, P. A., Brunault, P., Thibaut, F., Chevance, A., &

- Giersch, A. (2020). Psychopathological consequences of confinement. *L'Encéphale*, 46, 43-52. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.007>.
- Mitchell, E. S., Yang, Q., Behr, H., Deluca, L., & Schaffer, P. (2021). Adherence to healthy food choices during the COVID-19 pandemic in a U.S. population attempting to lose weight. *Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases*, 31, 2165-2172. <https://doi.org/10.1016/j.numecd.2021.03.009>.
- Orellana, C. I., & Orellana, L. M. (2020). Predictores de síntomas emocionales durante la cuarentena domiciliar por pandemia de COVID-19 en El Salvador. *Actualidades en Psicología*, 34, 128, 103-120. <https://doi.org/10.15517/AP.V34I128.4143.1>
- Organización Mundial de la Salud (2022). https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus#tab=tab_1.
- Organización Mundial de la Salud (2022). https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15756:who-characterizes-covid-19-as-a-pandemic&Itemid=1926&lang=es#gsc.tab=0
- Palomino Pérez, A. M. (2020). Rol de la emoción en la conducta alimentaria. *Rev. Chil. Nutr.*, 47, 2, 286-291. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182020000200286>.
- Pardo, A., Petrie, M. A., García, P., Jurado, B., Escalante, N. R., Vázquez, V., y Ruiz, M. A. (2018). Adaptación a la población mexicana del “Cuestionario de hábitos relacionados con el sobrepeso y la obesidad”. *Nutrición Hospitalaria*, 35(4): 854-863. <http://dx.doi.org/10.20960/nh.1693>
- Preece, D. A., Becerra, R., Hasking, P., McEvoy, P. M., Boyes, M., Sauer-Zavala, S., Chen A., & Gross, J. J. (2021). The Emotion Regulation Questionnaire: Psychometric Properties and Relations with Affective Symptoms in a United States General Community Sample. *Journal of Affective Disorders*, 1, 284, 27-30. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.071>.
- Rico-Gallegos, C. G., Vargas Esparza, G., Poblete-Valderrama, F. A., Carrillo-Sánchez, J. L., Rico-Gallegos, J., Mena-Quintana, B., Chaparro-Baeza, D. K., & Reséndiz-Hernández, J. M. (2020). Hábitos de actividad física y estado de salud durante la pandemia por COVID-19. *Espacios*, 41, 42, 1-10. <https://doi.org/10.48082/espacios-a20v41n42p01>.
- Ruiz, F. J., García-Martín, M. B., Suárez-Falcón, J. C., & Odriozola-González, P. (2017). The hierarchical factor structure of the Spanish version of Depression Anxiety and Stress Scale - 21. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 17, 97-105.
- Samuel, L., & Cohen, M. (2018). Expressive suppression and emotional eating in older and younger adults: An exploratory study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 78, 127-131. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2018.06.012>.
- Schlegl, S., Maier, S., & Meule, A. (2020). Eating disorders in times of the covid-19 pandemic—Results from an online survey of patients with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 53, 11, 1-10. <https://doi.org/10.1002/eat.23374>.

- Spaapen, D. L., Waters, F., Brummer, L., Stopa, L., & Romola, S. B. (2014). The Emotion Regulation Questionnaire: Validation of the ERQ-9 in Two Community Samples. *Psychological Assessment, 26*, 1, 46-51. <https://doi.org/10.1037/a0034474>.
- Sulejmani, E., Hyseini, A., Xhabiri, G., & Rodríguez-Pérez, C. (2021). Relationship in dietary habits variations during COVID-19 lockdown in Kosovo: The COVIDiet study. *Appetite, 164*, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105244>.
- Van Strien, T. (2018). Causes of Emotional Eating and Matched Treatment of Obesity. *Current Diabetes Reports, 18*, 35, 1-8. <https://doi.org/10.1007/s11892-018-1000-x>.
- Verzija, C. L., Ahlich, E., Schlauch, R. C., & Rancourt, D. (2018). The Role of Craving in Emotional and Uncontrolled Eating. *Appetite, 1*, 123, 146-151. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.12.014>.
- Villaseñor López, K., Jiménez Garduño, A. M., Ortega Regules, A. E., Islas Romero, L. M., González Martínez, O. A., & Silva Pereira, T. S. (2021). Cambios en el estilo de vida y nutrición durante el confinamiento por SARS-COV-2 (COVID-19) en México: Un estudio observacional. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética, 25*, 2, 1-21. <https://doi.org/10.14306/renhyd.25.S2.1099>.

ASUNCIÓN DE RIESGO E IMPULSIVIDAD COMO PREDICTORES DEL CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL

*José Oswaldo Leyva Vizcarra**
*Diana Mejía Cruz **
*Laurent Ávila Chauvet**
Instituto Tecnológico de Sonora*

Resumen

El consumo excesivo de alcohol es un comportamiento de riesgo en el que las personas buscan efectos placenteros a pesar de las consecuencias negativas. La investigación sugiere que el consumo excesivo puede estar asociado con una variedad de comportamientos de riesgo dañinos, incluidos la agresión, accidentes automovilísticos y conducta sexual de riesgo. El objetivo de este estudio fue analizar la toma de decisiones de riesgo y la impulsividad para definir el mejor predictor para el consumo excesivo. Los participantes fueron 68 adultos jóvenes, se utilizaron las tareas: BART y descuento por demora. Se encontró que solo la tarea de BART presenta diferencias significativas en el consumo de alcohol, esto fue consistente con otros estudios, los modelos de regresión no fueron significativos. Se concluye que una medida de asunción de riesgos podría ser un mejor predictor para el consumo de alcohol frente a una medida de impulsividad.

Introducción

La toma de decisiones se ha definido como un proceso cognitivo-emocional dinámico (Kluwe-Schiavon, 2015) en el cual puede existir riesgo. La decisión óptima va a reflejar la capacidad de elegir la opción más ventajosa de una gama de alternativas, considerando sus consecuencias a corto y largo plazos (Bechara, 2005).

El consumo de alcohol es un comportamiento de riesgo característico en el que las personas buscan efectos placenteros a pesar de las posibles consecuencias negativas. La investigación sugiere que el consumo de alcohol puede estar asociado con una variedad de comportamientos de riesgo potencialmente dañinos, incluidos la agresión (Ito *et al.*, 1996), conducir ebrio (Taylor *et al.*, 2010) y asumir riesgos sexuales (Rehm *et al.*, 2012). El consumo de riesgo es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para el bebedor o para los demás. Los patrones de consumo de riesgo son importantes para la salud pública a pesar de que el individuo aún no haya experimentado ningún trastorno (Babor *et al.*, 1994).

La asunción de riesgos se ha evaluado con la tarea de riesgo analógico de globos (BART; Lejuez *et al.*, 2002), en la que los participantes deben inflar globos simulados para

obtener dinero o puntos, pero acumular estos puntos antes de que los globos exploten. El desempeño en el BART explica la variación en la asunción de riesgos en el mundo real (Aklin *et al.*, 2005; Lejuez *et al.*, 2002), ha diferenciado con éxito entre fumadores y no fumadores (Lejuez *et al.*, 2003).

Las teorías actuales sobre la adicción postulan que el aumento de la impulsividad juega un papel clave en la pérdida de control sobre el consumo de alcohol y otras drogas (Goldstein y Volkow, 2002; Jentsch y Taylor, 1999; Robinson y Berridge, 2001; Wiers *et al.*, 2007).

La impulsividad abarca comportamientos precipitados, mal planificados o centrados en resultados a corto plazo a pesar de las posibles consecuencias negativas a largo plazo (Ainslie, 1975; Dawe y Loxton, 2004). La toma de decisiones impulsiva se ha identificado en gran medida sobre la base de experimentos que utilizan el procedimiento de descuento por demora. Con este paradigma, la preferencia por recompensas más pequeñas e inmediatamente disponibles sobre recompensas más grandes que solo están disponibles después de un retraso indica un mayor descuento por retraso que se ha interpretado como una mayor impulsividad (Bickel *et al.*, 2008; Madden *et al.*, 1997).

Participantes con trastornos por consumo de alcohol muestran un mayor descuento por retraso en relación con los controles (Mitchell *et al.*, 2005; Petry, 2001), mientras que un mayor descuento también se ha relacionado con el consumo excesivo o peligroso de alcohol en muestras no dependientes (Field *et al.*, 2007; Vuchinich y Simpson, 2007). Sin embargo, los resultados no son consistentes entre los estudios y esta asociación con los problemas o el consumo de alcohol no se ha encontrado de manera uniforme (Kirby y Petry, 2004; MacKillop *et al.*, 2007).

Los peligros del alcohol son muchos y variados en tipo y grado. Pueden derivarse directamente del efecto del alcohol o ser producto de la interacción con otros factores. La intoxicación es a menudo un mediador importante de daño y la dependencia puede exacerbar significativamente los peligros y provocar exposición prolongada al peligro, en donde las respuestas de la salud pública deben relacionarse con esta visión compleja de los peligros del alcohol a medida que busquen responder mejor a los perjuicios a nivel poblacional, también las estrategias de prevención e intervenciones deben dirigirse a los consumidores de alcohol de alto riesgo (prevención) así como aquellos que ya desarrollaron problemas (intervenciones específicas).

Por ello, el presente estudio busca señalar entre la asunción de riesgos y el comportamiento impulsivo: ¿cuál podría ser un mejor predictor en el consumo excesivo de alcohol? El estudio pretende contribuir a la comprensión del alcoholismo y a mejorar la eficacia en futuras intervenciones y planes de prevención.

Objetivo

Analizar la asunción de riesgos y la impulsividad para definir el mejor predictor para el consumo excesivo de alcohol en jóvenes adultos.

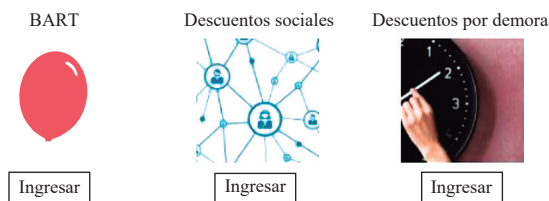
Método

Se planteó una investigación cuantitativa con diseño pre-experimental solo con medida postest, con un grupo control no equivalente (Cook y Campbell, 1979), con la participación de 68 participantes adultos jóvenes (32 fueron hombres y 36 mujeres), de los cuales 43 fueron adultos jóvenes sin consumo y 25 adultos jóvenes consumidores de alcohol residentes del sur de Sonora. Los participantes aceptaron el consentimiento informado basado en los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos según la declaración de Helsinki por la Asociación Médica Mundial (Asociación Médica Mundial, 2013).

Instrumentos

Se desarrolló una plataforma en línea (compatible con Android) para la aplicación de las tareas y cuestionarios de evaluación (ver Fig. 1). Dentro de las tareas aplicadas se encuentra: Ballon Analogue Risk Task (BART) y Descuento por demora, así como un cuestionario de autoinforme compartido a través de Google Forms, en el cual se indagó sobre datos sociodemográficos y hábitos de consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales. Las tareas se encuentran disponibles en <<https://lcsia.com/Pruebas.html>>. Por recomendaciones de las instituciones de salud y educación frente a la pandemia de covid-19, se realizó la recopilación de datos de manera remota para evitar situaciones de riesgo.

Figura 1. *Impresión de pantalla de la plataforma en línea*



Ballon Analogue Risk Task (BART)

Tarea conductual que permite evaluar la tendencia al riesgo (Fig. 2). Al participante se le muestran distintos globos, uno por uno, y recibe una cantidad de ganancia cada vez que presiona el globo. A medida que los presiona, tiene mayor probabilidad de que explote y pierda los puntos acumulados. Los participantes deben decidir si aseguran sus ganancias pasando al siguiente globo o si continúan presionando con el riesgo de que explote. Un

mayor acercamiento a los globos explotados se traduce como una tendencia mayor al riesgo en los participantes (Lejuez *et al.*, 2002).

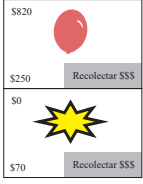
Figura 2. *Impresión de pantalla de BART*

Impresión de pantalla de BART

Bienvenido
Tu participación es muy valiosa para nosotros.
La siguiente prueba es de carácter confidencial.
Los datos recolectados solo serán usados para fines de investigación. Si deseas continuar pulsa "Siguiente"

Siguiente


- 1.- En la pantalla aparecerá un globo, cada vez que lo presiones ganarás una cantidad fija de dinero virtual.
- 2.- En la parte inferior izquierda aparecerá la cantidad de dinero que acumulada por globo y en la parte superior la cantidad total.
- 3.- ¡Ten cuidado!, si presionas demasiado el globo, este puede explotar y perderás el dinero acumulado.
- 4.- Si deseas guardar el dinero acumulado, presiona "Recolectar \$\$\$"



Siguiente

Descuento por demora (DD)

\$40



\$50

Recolectar \$\$\$

Nota: A los participantes, después de leer las instrucciones, les aparecía una secuencia de globos a los cuales podían dar clic e ir obteniendo una ganancia que podían asegurar presionando el botón de recolectar o seguir dando clics al globo con el riesgo de que explote.

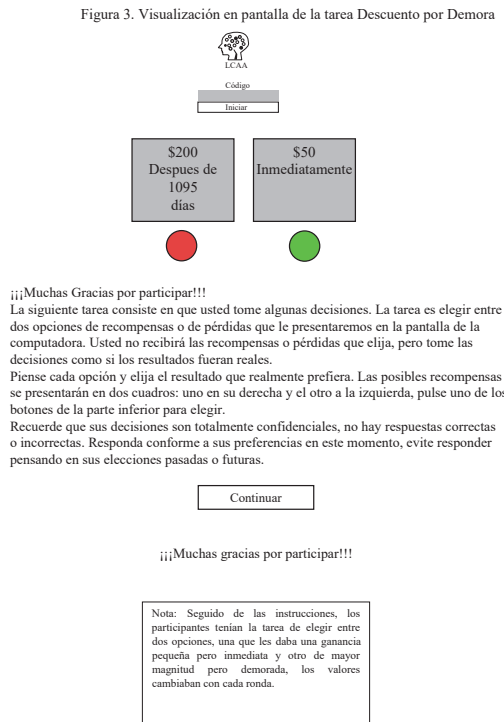
Nota: Después de leer las instrucciones, a los participantes les aparecía una secuencia de globos a los cuales podían darles clic e ir obteniendo una ganancia, la cual podían asegurar presionando el botón de recolectar o seguir dando clics al globo con el riesgo de que explote.

Descuento por demora (DD)

Esta tarea conductual permite evaluar el decremento del valor subjetivo que una persona da a una recompensa en función de la demora o el tiempo que tarda en recibirlo, esto a partir

del método de ajuste de la alternativa inmediata (Fig. 3). Al participante se le presentan dos opciones en pantalla, una es de entrega inmediata y la otra de entrega demorada. Se habla de impulsividad cuando se prefieren alternativas inmediatas de menor ganancia sobre las alternativas demoradas, pero con mayor ganancia (Kirby, 2009).

Figura 3. *Visualización en pantalla de la tarea Descuento por demora*



Nota: Después de las instrucciones, los participantes tenían la tarea de elegir entre dos opciones, una que les daba una ganancia pequeña pero inmediata, y otra de mayor magnitud, pero demorada, los valores cambiaban con cada ronda.

Procedimiento

Los participantes fueron reclutados por medio de contactos cercanos y con técnica de bola de nieve. Para iniciar la evaluación, a cada participante se le asignaba un código que debía ingresar en cada tarea que realizara. La definición de grupos se llevó a cabo a partir de las personas que no consumen alcohol ni ninguna otra droga ilegal, a los cuales se les

denomina “controles sanos”. El grupo con consumo excesivo de alcohol se determinó a partir de la pregunta de qué cantidad de tragos (unidad de bebida estándar que equivale a 10gr de alcohol, igual a 12 onzas o 350 ml de cerveza aproximadamente) suele ingerir en un día normal de consumo, basado en el cuestionario de identificación de los trastornos debidos al alcohol (AUDIT, pregunta 2), en el cual se argumenta que una persona que responda que consume dos o más tragos por ocasión de consumo se considera en una situación de riesgo. A ello se agrega que una persona con un hígado sano puede metabolizar alrededor de 15 grados de alcohol en 45-60 minutos aproximadamente (Martínez y Pallarés, 2013). Teniendo esto en cuenta, una persona que ingiera cinco tragos o más necesitará aproximadamente cinco horas para metabolizar ese consumo, lo cual sería un problema que posiblemente lo afectaría en sus siguientes actividades. Por lo tanto, se retomó a todas aquellas personas que marcaron un consumo de cinco tragos o más por ocasión de consumo y se les consideró como sujetos de riesgo o bebedor problema.

Análisis de datos

Para este estudio, se calcularon frecuencias, medias y desviaciones estándar para las características demográficas de la muestra. Para determinar si las pruebas estadísticas a utilizar serían paramétricas o no paramétricas, se llevó a cabo un análisis de normalidad que incluyó la prueba de Kolmogorov-Smirnov y la prueba de Levene para evaluar la homogeneidad de varianzas para cada variable independiente. Los resultados de normalidad sugirieron las pruebas paramétricas.

Se utilizó una prueba *t* de student para muestras independientes contrastando los desempeños de ambos grupos de forma independiente en cada tarea tratando de ubicar si existían diferencias significativas en su desempeño y en las medidas de autoinforme. Para la medida de área bajo la curva en descuento por demora, se utilizó la ecuación cuasi hiperbólica: $v = A/(1 + kd)S$ propuesta por Myerson y Green (1995), donde *v* es el valor subjetivo de la recompensa futura, *A* representa la magnitud de la recompensa, *d* es la demora hasta la recepción de la recompensa, *k* es el parámetro libre que indica el grado en que los sujetos descuentan la recompensa y *s* es un parámetro libre que representa la sensibilidad de la demora.

Por último, se realizó un análisis de regresión múltiple con la intención de encontrar qué variable de medida de comportamiento o de autoinforme podría predecir mejor el consumo de alcohol en la muestra.

Resultados

Características del grupo

Se trabajó con 43 adultos jóvenes sin consumo (edad: $M = 21.55$, $DE = 3.09$), un promedio de tragos de 0 cantidad, así como 0 cantidad de consumo de otras drogas ilegales, y una

media de cantidad de consumo de cigarrillos .60 (DE = 3.8). Asimismo, en el grupo de consumo de alcohol con 25 adultos jóvenes (edad: M = 22.44, DE = 4.68), un promedio de cantidad de tragos de 8.76 (DE = 5.28), con una media de consumo de drogas ilegales de .48 (DE = .91) y una media de cantidad de consumo de cigarrillos 2.68 (DE = 5.83) (ver Tabla 1).

El análisis mostró diferencias significativas entre el grupo control y el grupo consumidor de alcohol (ver Tabla 1) en relación con la cantidad de consumo de alcohol ($p = .000$), cantidad de cigarrillos ($p = .007$) y el consumo de drogas ilegales ($p = .000$).

Tabla 1. *Características de grupo*

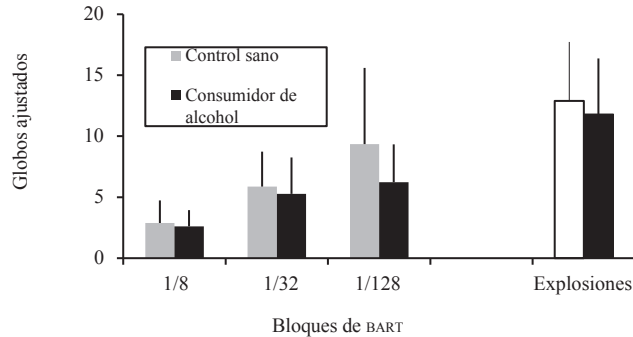
N	Controles sanos 43		Consumidores de alcohol 25		p
	M	DE	M	DE	
Edad	21.55	3.09	22.4	4.68	.260
Años de estudio	13.6	3.35	13.6	3.19	.494
Ingreso mensual	3441	5084	5452	6629	.061
Número de tragos	0	0	8.76	5.28	.000
Drogas ilegales	0	0	.48	.91	.007
Consumo de cigarrillos	.60	3.8	2.68	5.83	.000

Nota: Una *t* de student fue utilizada para contrastar las variables entre grupos.

Resultados de la tarea BART

El análisis de la tarea Balloon Analogue Risk Task reveló que el desempeño promedio entre los grupos no mostró diferencias significativas en la mayoría de sus componentes, a excepción del bloque 3 ($p = .010$) (ver Tabla 2). Sin embargo, en cuestión de desempeño, el grupo de controles sanos tuvo un mejor aprovechamiento durante la tarea, ya que superó al grupo de consumo de alcohol en todos los bloques del BART (ver Fig. 1).

Figura 1. *Desempeño en la tarea de BART con tres probabilidades por cada grupo y el total de explosiones durante la tarea*



Resultados de la tarea Descuento por demora

El análisis del área bajo la curva del descuento temporal demostró que no hubo diferencias significativas en el desempeño de ambos grupos (ver Tabla 2). El ajuste de la función hiperboloide fue adecuado para el grupo de controles sanos ($r^2 = 0.962$) al igual que para el grupo de consumo de alcohol ($r^2 = 0.967$). El valor de κ fue ligeramente menor en el grupo de controles sanos ($b = 0.01$) en comparación con el grupo de consumo de alcohol ($b = 0.015$) (ver Fig. 2).

Figura 2. *Curva de descuento temporal con ajuste a la función hiperboloide*

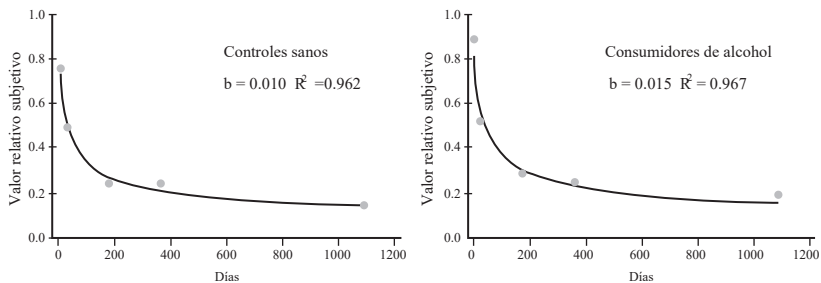


Tabla 2. *Medias y desviaciones estándar de la tarea de toma de decisiones por grupo*

Grupo		BART				DD
		Bloque 1	Bloque 2	Bloque 3	Explosiones	
Controles sanos	M	2.88	5.87	9.36	12.9	.30
	DE	1.56	2.86	6.25	4.82	.23
Consumidores de alcohol	M	2.60	5.28	6.22	11.88	.28
	DE	1.35	2.97	3.12	4.57	.24
	P	.639	.573	.010	.936	.867

BART, *Balloon Analogue Risk Task*, promedio de aprovechamiento ajustado por tipo de probabilidad. DD, área bajo la curva de descuento temporal.

Resultados de análisis de regresión

Se calcularon dos modelos de regresión lineal con método de entrada *Enter* para predecir el efecto de la variable de toma de decisiones de riesgo y la variable de impulsividad sobre el consumo de tragos de alcohol. La ecuación de la regresión del modelo 1 no fue estadísticamente significativa: $F(3.82) = 1.74, p = .165$. El valor de la R^2 fue de .026, lo cual indica que solo 2.6% del cambio de la variable de consumo de tragos de alcohol puede ser explicado por el modelo de regresión. Para el modelo 2, tampoco hubo un resultado estadísticamente significativo: $F(1.84) = .440, p = .509$. El valor de la R^2 fue de .005, lo cual indica que solo 0.5% del cambio de la variable de consumo de tragos de alcohol puede ser explicado por el segundo modelo.

Tabla 2. *Modelos de regresión para el efecto de la toma de decisiones de riesgo y la impulsividad sobre el consumo de tragos de alcohol*

Variables predictoras	$F(3.82)$	R^2	B	SE	P
Modelo 1 (BART)	1.74	.026	5.520	1.512	.165
Bloque 1			-.164	.342	
Bloque 2			-.049	.235	
Bloque 3			-.192	.133	
	$F(1.84)$	R^2	B	SE	P
Modelo 2	.440	.005	2.829	.819	.509
Descuento temporal			1.388	2.092	

Discusión

Esta investigación tuvo como objetivo explorar cuál de las medidas conductuales de riesgo e impulsividad podría ser un mejor predictor del consumo de alcohol de riesgo. Los resultados tuvieron similitudes al estudio de Fernie *et al.* (2010), el cual buscaba un mejor predictor para el consumo de alcohol entre la medida de BART y una medida de impulsividad. El BART fue el único que tuvo diferencia significativa, lo cual es consistente con los hallazgos de este estudio.

Los modelos de regresión múltiple no fueron significativos para ninguna de las tareas. Además, la tarea de descuento temporal para impulsividad no tuvo diferencias significativas ni cambios en el desempeño por grupo; sin embargo, el desempeño de la tarea de toma de riesgos sí tuvo una diferencia significativa y una diferencia en las medias de cada bloque, donde los consumidores de alcohol tuvieron un menor número de globos ajustados en comparación con el grupo control, lo cual ha sido consistente con otros estudios similares (Skeel *et al.*, 2008) pero con otro tipo de poblaciones como consumidores de cigarrillos (Lejuez *et al.*, 2005), éxtasis (Hopko *et al.*, 2006) o poblaciones que tienen conductas dañinas para su salud (Lejuez *et al.*, 2002), donde el BART registra peores desempeños al momento de realizar la tarea en comparación con grupos controles sanos.

A pesar de que los modelos de regresión no pudieron encontrar un mejor predictor para el consumo de tragos de alcohol, el BART fue la única tarea que mostró una diferencia entre los adultos jóvenes que consumen y los que no, de tal forma que, por los resultados de este estudio, y las consistencias con otros estudios ya realizados, se cree que una medida de asunción de riesgos podría ser un mejor predictor para el consumo de alcohol frente a una medida de impulsividad.

Una de las mayores limitaciones del estudio fue estar bajo restricciones por la pandemia de covid-19, lo cual impidió realizar aplicaciones y entrevistas de forma presencial, lo que afectó al número de participantes y a la consistencia de los datos. Para futuras investigaciones, se recomienda usar una muestra clínica con una medida de consumo de sustancias para corroborar el diagnóstico de trastorno por consumo de alcohol, así como una entrevista más estructurada y de ser posible un mayor número de participantes.

Referencias

- Ainslie, G., (1975). Specious reward behavioral theory of impulsiveness and impulse control. *Psychological Bulletin* 82, 463-496.
- Aklin, W., Lejuez, C., Zvolensky, M., Kahler, C., & Gwadz, M. (2005). Evaluation of behavioral measures of risk-taking propensity with inner city adolescents. *Behaviour Research and Therapy* 43, 215-228.
- Asociación Médica Mundial (2013). Declaración de Helsinki: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. http://conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/Declaracion_Helsinki_Brasil.pdf.

- Babor, T., Campbell, R., Room, R. & Saunders, J. (1994) (Eds.). *Lexicon of Alcohol and Drug Terms*, World Health Organization, Geneva, 1994.
- Bechara, A. (2005). Toma de decisiones, control de impulsos y pérdida de fuerza de voluntad para resistir drogas: una perspectiva neurocognitiva. *Nat. Neurosci*, 8 (11).
- Bickel, W., Yi, R., Kowal, B., & Gatchalian, K. (2008). Cigarette smokers discount past and future rewards symmetrically and more than controls: is discounting a measure of impulsivity? *Drug and Alcohol Dependence* 96, 256-262.
- Dawe, S., & Loxton, N. (2004). The role of impulsivity in the development of substance uses and eating disorders. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 28, 343-351.
- Fernie, G., Cole, J., Goudie, A., & Field, M. (2010). Risk-taking but not response inhibition or delay discounting predict alcohol consumption in social drinkers. *Drug and Alcohol Dependence*, 112, 54-61.
- Field, M., Christiansen, P., Cole, J., & Goudie, A. (2007). Delay discounting and the alcohol Stroop in heavy drinking adolescents. *Addiction* 102, 579-586.
- Goldstein, R., & Volkow, N. (2002). Drug addiction and its underlying neurobiological basis: neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *American Journal of Psychiatry* 159, 1642-1652.
- Hopko, D., Lejuez, C., Daughters, S., Aklin, W., Osborne, A., Simmons, B., & Strong, D. (2006). Construct validity of the Balloon Analogue Risk Task (BART): Relationship with MDMA use by inner-city drug users in residential treatment. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 28, 95-101.
- Ito, T., Miller, N., & Pollock, V. (1996). Alcohol and aggression: A meta-analysis on the moderating effects of inhibitory cues, triggering events, and self-focused attention. *Psychol. Bull.* 120, 60-82.
- Jentsch, J., & Taylor, J. (1999). Impulsivity resulting from frontostriatal dysfunction in drug abuse: implications for the control of behavior by reward-related stimuli. *Psychopharmacology* 146, 373-390.
- Kirby, K. (2009). One-year temporal stability of delay-discount rates. *Psychonomic Bulletin & Review*, 16 (3), 457-462.
- Kirby, K., & Petry, N. (2004). Heroin and cocaine abusers have higher discount rates for delayed rewards than alcoholics or non-drug-using controls. *Addiction* 99, 461-471.
- Kluwe-Schiavon, B. (2015). *Traducción y adaptación de la tarea de tarjeta de Columbia y aspectos afectivos y deliberativos de la toma de decisiones durante el desarrollo y uso de crack*. (Tesis de maestría). Universidad Católica de Río Grande. Porto Alegre, Brasil.
- Lejuez, C., Aklin, W., Daughters, S., Zvolensky, M., Kahler, C., & Gwadz, M. (2007). Reliability and validity of the youth version of the Balloon Analogue Risk Task (BART-Y) in the assessment of risk-taking behavior among inner-city adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 36, 106-111.

- Lejuez, C., Aklin, W., Bornovalova, M., & Moolchan, E. (2005). Differences in risk-taking propensity across inner-city adolescent ever- and never-smokers. *Nicotine and Tobacco Research*, 7, 71-79.
- Lejuez, C., Aklin, W., Jones, H., Strong, D., Richards, J., Kahler, C., & Read, J. (2003). The Balloon Analogue Risk Task (BART) differentiates smokers and nonsmokers. *Experimental and Clinical Psychopharmacology* 11, 26-33.
- Lejuez, C., Read, J., Kahler, C., Richards, J., Ramsey, S., Stuart, G., Brown, R. (2002). Evaluation of a behavioral measure of risk taking: the balloon analogue risk task (BART). *Journal of Experimental Psychology: Applied*, 8 (2), 75.
- Madden, G., Petry, N., Badger, G., & Bickel, W. (1997). Impulsive and self-control choices in opioid-dependent patients and non-drug-using control participants: drug and monetary rewards. *Experimental and Clinical Psychopharmacology* 5, 256-262.
- Martínez, D., & Pallares, J. (2013). *De riesgos a placeres: Manual para entender las drogas*. (Ed). Ingenius, España.
- MacKillop, J., Mattson, R., MacKillop, E., Castelda, B., & Donovan, P. (2007). Multidimensional assessment of impulsivity in undergraduate hazardous drinkers and controls. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 68, 785-788.
- Myerson, J., & Green, L. (1995). Discounting of delayed rewards: Models of individual choice. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 64, 263-276.
- Mitchell, J., Fields, H., D'Esposito, M., & Boettiger, C. (2005). Impulsive responding in alcoholics. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 29, 2158-2169.
- Petry, N. (2001). Delay discounting of money and alcohol in actively using alcoholics, currently abstinent alcoholics, and controls. *Psychopharmacology* 154, 243-250.
- Rehm, J., Shield, K., Joharchi, N., & Shuper, P. (2012). Alcohol consumption and the intention to engage in unprotected sex: Systematic review and meta-analysis of experimental studies. *Addiction* 107, 51-59.
- Robinson, T., & Berridge, K. (2001). Incentive-sensitization and addiction. *Addiction* 96, 103-114.
- Skeel, R., Pilarski, C., Pytlak, K., Neudecker, J. (2008). Personality and performance-based measures in the prediction of alcohol use. *Psychology of Addictive Behaviors* 22, 402-409.
- Taylor, B., Irving, H., Kanteres, F., Room, R., Borges, G., Cherpitel, C., Greenfield, T., Rehm, J. (2010). The more you drink, the harder you fall: A systematic review and metaanalysis of how acute alcohol consumption and injury or collision risk increase together. *Drug Alcohol Depend* 110, 108-116.
- Vuchinich, R., & Simpson, C. (1998). Hyperbolic temporal discounting in social drinkers and problem drinkers. *Experimental and Clinical Psychopharmacology* 6, 292-305.
- Wiers, R., Bartholow, B., van den Wildenberg, E., Thush, C., Engels, R., Sher, K., Grenard, J., Ames, S., & Stacy, A. (2007). Automatic and controlled processes and the development of addictive behaviors in adolescents: a review and a model. *Pharmacology Biochemistry and Behavior* 86, 263- 283.

RAZONES PARA NO USAR BICICLETA COMO MEDIO DE TRANSPORTE: ESTUDIO TRANSVERSAL EN UNA COMUNIDAD UNIVERSITARIA

*Nora Hemi Campos Rivera**

*Oscar Gallardo Frías**

*Mariana Álvarez Guzmán**

*Teresa Iveth Sotelo Quiñonez***

Universidad Iberoamericana de Puebla*

Universidad de Sonora**

Resumen

El uso de la bicicleta como medio de transporte no es una realidad palpable, reviste varias problemáticas que tienen que ver con la construcción del espacio público, por una parte, pero también con resistencias y riesgos que padecen los ciclistas cotidianamente. El objetivo del estudio fue describir las razones de no usar la bicicleta como medio de transporte, las barreras para incrementar su intención de uso, así como la autoeficacia y la opinión de la comunidad Ibero Puebla. Con una muestra no probabilística de $n = 318$ participantes (43% estudiantes y 57% colaboradores) de 17 a 71 años ($M = 34.37$, $DE = 24.34$), 119 mujeres y 61 hombres. Se hicieron análisis descriptivos y de contenido con 13 preguntas abiertas y cerradas. Se encontró que no tener bici, el miedo y ser peligroso fueron razones para no usar la bicicleta como medio de transporte, además de sugerir mayor educación vial, ciclovías y respeto a los y las ciclistas principalmente. Dichos resultados implican mayor uso de automóviles y transporte público e indiferencia de los beneficios para la salud que el uso de la bicicleta trae consigo.

Introducción

La bicicleta ha sido un medio de movilidad importante en la historia y antes de la masificación del consumo de vehículos motorizados era uno de los transportes más utilizados (Morales, 2011). En la actualidad, la promoción del uso de la bicicleta es una de las políticas más empleadas para contrarrestar los efectos negativos del uso del automóvil en las ciudades, ya que su uso masivo haría posible disminuir problemas sociales y ambientales tales como los problemas de salud de la población, los congestionamientos, la vitalidad de los entornos urbanos, el cambio climático y la dependencia del petróleo (Dora *et al.*, 2011; Fishman *et al.*, 2013; Pucher y Buehler, 2008).

El movimiento a favor del uso de la bicicleta como alternativa de movilidad se ha vuelto popular en las últimas dos décadas al tomarse en cuenta dentro de la política de revalorización del entorno urbano y de mejora de la calidad de vida (De la Paz, 2017). La

movilidad activa por la bicicleta favorece tanto la ejercitación corporal como el aumento de la actividad física diaria, lo cual tiene implicaciones directas en la salud del ciclista (Torres, 2012, como se cita en Adaros *et al.*, 2021).

A pesar de las ventajas atribuidas al desplazamiento en bicicleta, son pocas las ciudades que han implementado diversos programas para promover su uso. En América Latina, Colombia y Brasil han sido los primeros países en promoverla (De la Paz, 2017).

Actualmente, la Ciudad de México ha experimentado transformaciones significativas que representan un cambio de paradigma de la movilidad, en donde la perspectiva que durante muchos años estuvo centrada en el transporte está siendo sustituida por una centrada en las personas y su entorno (González, 2013; Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal [CDHDF], Centro de Investigación Aplicada en Derechos Humanos [CIADH] e Instituto de Políticas para el Transporte y el Desarrollo [ITDP], 2013). Como resultado de esto, está la Ley de Movilidad aprobada por el gobierno de la Ciudad de México y el Plan Integral de Movilidad 2013-2018, que prioriza al peatón, a los ciclistas y a los medios de transporte particular público. Al último aparece el automóvil. El fomento al ciclismo, a través de la construcción de infraestructura y su socialización, es una de las políticas para reducir los viajes en automóvil, disminuir las emisiones contaminantes y revitalizar el espacio público (De la Paz, 2017).

En el siglo xx se detonó un cambio en el paradigma del espacio público. En el caso de México, bien podríamos hablar del paso de “una nación esencialmente rural en 1900 a otra hegemónicamente urbana en el 2000, son varias las causas como la acumulación de capital, la concentración de las empresas y, por lo tanto, de la fuerza de trabajo en las ciudades, entre otras. El espacio público se transforma por un proceso demográfico descontrolado” (Pérez, 2014). Si bien hay múltiples y complejas aristas que sería necesario analizar, nos podemos quedar con el reto que implicó una urbanización tan rápida en el imaginario de las calles. Con la llegada del vehículo motorizado, las calles adquieren un nuevo estatus: pasan de lugar de convivencia, comercio, juego, movilidad a ser un espacio exclusivo para el tránsito del vehículo motorizado.

Este crecimiento exponencial no fue paralelo al diseño de las vialidades y el medio de transporte por antonomasia se convirtió en el vehículo motorizado particular. En pleno siglo xxi, las consecuencias de dicho cambio se dejan ver en la economía, la ecología e incluso la salud: abandono del campo, calentamiento global, desigualdades económicas e incluso pocos ámbitos recreativos y de convivencia social (más allá de los centros comerciales) dentro de la ciudad que tengan relación con la naturaleza. Frente a este panorama, un vehículo no motorizado como la bicicleta se ha convertido en una alternativa viable para transportarse, lo cual conlleva beneficios a la salud. Se trata de un vehículo amigable con el medio ambiente que puede transformar el espacio de las ciudades para tener calles como lugares de encuentro. Este cambio de paradigma aún en ciernes, al menos en nuestro entorno latinoamericano salvo contadas excepciones, encuentra resistencias sociales y culturales en la actualidad.

Estudios previos han evidenciado ciertos aspectos que influyen en la elección de la bicicleta como medio de transporte, entre los cuales se encuentran los siguientes:

- a) Apoyo por parte del entorno (familia, amigos, compañeros de trabajo o la escuela). Se cree que, si el entorno social tiene actitud positiva hacia la bicicleta, es probable que ésta influya en la decisión de elegir dicho medio de transporte (Barberan *et al.*, 2017; Caballero *et al.*, 2014; de Geus *et al.*, 2008; Heinen *et al.*, 2010).
- b) La implementación de programas de capacitación, información y promoción del uso de la bicicleta (Adaros *et al.*, 2021; Castellar *et al.*, 2015; Pucher *et al.*, 2011; Fernández-Heredia *et al.*, 2014; Guell *et al.*, 2013; López, 2017, como se cita en Adaros *et al.*, 2021).
- c) Ahorro de tiempo y facilidad de la vía, al igual que los motivos ecológicos y el cuidado del medio ambiente facilitan el uso de la bicicleta como transporte (de Geus *et al.*, 2008).
- d) Ejercitarse, se ha encontrado relación con el uso de la bicicleta y factores psicosociales, el disfrute de una práctica de actividad física se relaciona con una actitud favorable hacia su uso (Orzanco-Garralda *et al.*, 2018).
- e) La autoeficacia (Barberan *et al.*, 2017; de Geus *et al.*, 2008) o la percepción de contar con la capacidad física para utilizar la bicicleta diariamente o conocer las rutas ideales para realizar un recorrido (Caballero *et al.*, 2014; Jaramillo y Díaz-Marín, 2020).
- f) No tener un automóvil, ser joven, estudiar y trabajar al mismo tiempo (Barberan *et al.*, 2017).
- g) Estado de ánimo y actitudes positivas como diversión, disfrute, libertad, independencia, aventura y satisfacción son algunos de los beneficios percibidos por quienes usan la bicicleta (Ramírez, 2017; Cepeda *et al.*, 2019).
- h) Nivel educativo alto, es más alta la probabilidad de que las personas usen la bicicleta para ir al trabajo (de Geus *et al.*, 2008).

La literatura de investigación también ha evidenciado los factores asociados al no uso de la bicicleta como transporte, por ejemplo:

- a) El tipo de superficie. Los ciclistas inexpertos, personas mayores, mujeres y niños tienden a preferir el terreno plano, mientras los ciclistas expertos prefieren el terreno con pendientes. En el caso de México, uno de los obstáculos para el uso es la existencia de baches y pavimento en mal estado de acuerdo con la Encuesta Ecobici 2020 (Secretaría de Movilidad de la Ciudad de México, 2020).
- b) La lluvia y la temperatura adversa, a pesar de haber ropa y accesorios adecuados para distintas condiciones. La elección de la bicicleta como transporte puede verse influenciada de manera negativa por las temperaturas frías y la lluvia (Guell *et al.*, 2013).

- c) La percepción de inseguridad del contexto, la percepción de falta de educación vial (Adaros *et al.*, 2021; Guell *et al.*, 2013) y de que su uso es peligroso o inseguro debido a los accidentes y la falta de ciclovías, de acuerdo con la Encuesta Ecobici 2020 (Secretaría de Movilidad de la Ciudad de México, 2020).
- d) El miedo por falta de seguridad es una de las barreras que más condiciona la movilidad a través de la bicicleta (Forman *et al.*, 2008; Guell *et al.*, 2013; Sallis *et al.*, 2006; Villa-González *et al.*, 2012; Molina-García *et al.*, 2016). Particularmente, las mujeres perciben inseguridad relacionada con el acoso en las calles (Ramírez, 2017).
- e) No tener una bicicleta o recursos económicos para adquirirla y la falta de interés o vergüenza de no saber usar una bicicleta (Ramírez, 2017).

Dentro de las resistencias que encontramos para promover el uso de la bicicleta como medio de transporte, quizá la principal es la primacía del vehículo motorizado privado. Las vialidades en la actualidad están pensadas desde una lógica de movilidad exclusiva del vehículo motorizado. Si bien es cierto que hay iniciativas desde diversos frentes, incluido el Estado, aún se piensa la ciudad y la movilidad no para transportar personas, sino a los autos en sí mismos. Vale la pena citar el “Programa Sectorial. Movilidad y Transporte. Instrumentos Derivados del Plan Estatal de Desarrollo 2019-2024 del Gobierno de Puebla”, el cual proyecta que la movilidad “esté pensada para mover personas antes que vehículos. Esto implicará que el uso de modos de transporte sostenibles y colectivos sea generalizado, además de lograr implementar una cultura de uso racional del automóvil”.

Hasta que eso ocurra, en la actualidad usar la bicicleta como medio de transporte también encuentra resistencias personales que tienen que ver con la infraestructura que tiene cada ciudad. En el documento “Ciudades mexicanas-Pedaleando por un desarrollo bajo en carbono. Perfil Ciclista en cinco ciudades”, publicado por la SEDATU, SEMARNAT e ITDP en mayo de 2019, se muestran algunos resultados sobre estas resistencias. El documento hace un estudio en las ciudades de Hermosillo, Morelia, León, Morelia y Tlaquepaque. Entre los resultados, los encuestados destacan los siguientes puntos: falta de seguridad en el tráfico, falta de infraestructura vial ciclista adecuada, falta de señalización, inseguridad, falta de facilidades para combinar la bicicleta con el transporte público, entre otros factores con menor porcentaje, tales como la falta de biciestacionamientos o, incluso, las pendientes y la topografía del lugar.

Son diversas las razones que facilitan u obstaculizan el uso de la bicicleta; por lo tanto, el objetivo del estudio fue conocer las razones de no usar la bicicleta como medio de transporte, así como las barreras para incrementar su intención de uso y conocer la percepción sobre su capacidad para usar la bicicleta en la comunidad Ibero Puebla.

Método

Tipo de estudio

No experimental, transversal, descriptivo y comparativo.

Participantes

Se obtuvo una muestra no probabilística e intencional conformada por integrantes de la comunidad Ibero Puebla ($n = 318$), de los cuales 43% fueron estudiantes y 57%, colaboradores, quienes oscilaban en una edad de 14 y 71 años ($M = 34.37$, $de = 14.3$), 210 participantes (66%) fueron del género femenino y 105 (33%) del género masculino, tres personas no binarias (un colaborador/a y dos estudiantes).

Instrumento

Se elaboró un cuestionario semiestructurado con un total de 13 preguntas abiertas y cerradas en las que se incluyen los datos sociodemográficos (edad, género, su rol en la Ibero Puebla). Se les preguntó si cuentan con bicicleta, por qué no la usan, aspectos que consideran se deberían cambiar para favorecer su uso, qué tan capaces se sienten para usarla (Nada capaz-1 y Muy capaz-10), las ventajas del uso de la bicicleta y su percepción de seguridad respecto al uso de la misma. Se incluyeron dos preguntas abiertas: 1) ¿Cuál es tu opinión respecto al uso de la bicicleta como medio de transporte? y 2) ¿Cuáles son las principales barreras que, según tu opinión, impiden el uso de la bicicleta como medio de transporte?

Procedimiento

Del 3 de agosto al 2 de septiembre de 2021 se envió a la comunidad Ibero Puebla vía *online* dos formularios digitales en redes sociales y por correo institucional para la comunidad que usa la bicicleta y otra para quienes no la usan. En este estudio, solo se reportan los resultados de los y las participantes que no usan la bicicleta. Se tramitaron los permisos correspondientes con la universidad para solicitar la aplicación de dicha encuesta y, finalmente, se realizaron análisis descriptivos con el programa Jamovi 22.0 y análisis de contenido de las preguntas abiertas.

Resultados

En la Tabla 1 se describe por género quiénes tienen o no bicicleta, 62% no tiene a pesar de que fue una encuesta diseñada para quienes no usan la bicicleta. Sin embargo, 38% menciona tener y posteriormente comparte las razones para no utilizarla; 23% de las mujeres tiene bicicleta y un 44% no tiene, comparado con los hombres es menor el porcentaje.

Tabla 1. Frecuencias por género y la pregunta: ¿Tienes bicicleta propia?

Género	¿Tienes bicicleta propia?			
	Sí		No	
Hombre	48	15.09%	57	17.92%
Mujer	72	22.65%	138	43.39%
No binario	1	.31%	2	.62%
	121	38%	197	62%

Se les preguntó: ¿Por qué no usas la bicicleta? A los y las participantes que reportaron que no tienen bicicleta (n = 197), la respuesta más frecuente fue “No tengo bici” seguido de es “peligroso” (127), “me da miedo” (79) y “Otras” (85). En esta última opción, se enfocaron en el horario, la distancia, suelen cargar mochila o computadora que dificulta el traslado. Mencionaron que consideran que faltan ciclovías. Puebla no se presta para moverse en bicicleta, por discapacidad o una enfermedad que no permite moverse en bici (ver la Tabla 2).

Tabla 2. Frecuencias de las razones para no usar bicicleta

¿Por qué no usas la bicicleta?	
No me gusta	25
Es peligroso	127
Me da miedo	79
No tengo bici	149
No quiero	21
Cuestiones de salud	12
Otras	85
Total	498

En la Tabla 3, se describen las razones por las que colaboradores y estudiantes no usan bicicleta. La razón principal fue “Es peligroso”; los colaboradores fueron quienes contestaron esta opción con mayor frecuencia que los estudiantes. La segunda razón por la que no usan la bicicleta es porque no tienen una, opción más reportada por los colaboradores. En tercer lugar, eligieron “Me da miedo”, pero en este caso los estudiantes con mayor frecuencia.

Tabla 3. Comparación de respuestas seleccionadas respecto a las razones del porqué no usan la bicicleta

		En la Ibero Puebla eres:	
Razones elegidas		Colaborador	Estudiante
	No seleccionada	171	123
No me gusta	Seleccionada	10	14
	No seleccionada	102	90
Es peligroso	Seleccionada	79	47
	No seleccionada	139	101
Me da miedo	Seleccionada	42	47
	No seleccionada	104	72
No tengo bici	Seleccionada	77	65
	No seleccionada	177	122
No quiero	Seleccionada	4	15
	No seleccionada	172	135
Cuestiones de salud	Seleccionada	9	2

Se uso la prueba Chi cuadrada con la finalidad de comprobar si existen diferencias significativas entre quienes tienen bicicleta y el género (hombres, mujeres y binarios). De acuerdo con los resultados obtenidos, el $p = 0.142$ es mayor a $.05$, lo que significa que no existen diferencias por grupos (ver Tabla 4).

Tabla 4. Resultados de la prueba χ^2 respecto a quienes tienen bicicleta por género

		Género			
¿Tienes bicicleta propia?		Hombre	Mujer	Binario	Total
Sí	Observada	48	72	1	121
	Esperada	40.0	79.9	1.14	121
No	Observada	57	138	2	197
	Esperada	65.0	130.1	1.86	197
Total	Observada	105	210	3	318
	Esperada	105.0	210.0	3.00	318
Prueba χ^2			Value	gl	df
χ^2			3.91	2	0.142
N			318		

Con la misma prueba, se buscaron diferencias significativas entre el grupo de colaboradores y los estudiantes con bicicleta propia. No se encontraron diferencias significativas respecto a la pregunta, el p valor fue mayor a .05 (Tabla 5).

Tabla 5. Resultados de la prueba χ^2 respecto a quienes tienen bicicleta entre colaboradores y estudiantes

		En la Ibero Puebla eres:		
		Colaborador	Estudiante	Total
¿Tienes bicicleta propia?	Observada	64	57	121
	Esperada	68.9	52.1	121
No	Observada	117	80	197
	Esperada	112.1	84.9	197
Total	Observada	181	137	318
	Esperada	181.0	137.0	318
Prueba χ^2		Valor	gl	p
		χ^2	1.29	1
	N	318		

En la Tabla 6, un gran número de respuestas se enfocó a “mayor seguridad” (235), que corresponde a la pregunta: ¿Qué condiciones deberían cambiar para que favorezcan el uso de la bicicleta como medio de transporte? Por otro lado, el “respeto a los/las ciclistas” (207) y la “educación vial” (203). Finalmente, más y mejores ciclovías.

Tabla 6. Frecuencias que favorecen el uso de la bicicleta

¿Qué condiciones deberían cambiar para que favorezcas el uso de la bicicleta como medio de transporte?	
Mayor seguridad	235
Más ciclovías	158
Mejores ciclovías	155
Tener bici propia	123
Educación vial	203
Respeto a las/os ciclistas	207
Mapas de rutas ciclistas	114
Otras	37

Respecto a los aspectos personales que los y las participantes consideran necesarios para el uso de la bicicleta, principalmente se destaca “quitarse el miedo” (137) seguido de “mejorar la condición física” (113) y “saber usar la bicicleta” (99), como se muestra en la Tabla 7.

Tabla 7. *Frecuencias de aspectos personales necesarios para usar la bicicleta*

¿Qué aspectos personales consideras necesarios para usar la bicicleta como medio de transporte?	
Saber usarla	99
Mejor condición física	113
Quitarme el miedo	137
Conocer aspectos mecánicos de la bici	75
Ir acompañada/o	77
Otras	63

Con la finalidad de identificar la percepción sobre su capacidad para utilizar la bicicleta de los y las participantes de la comunidad Ibero Puebla, se les preguntó: ¿Qué tan capaz te sientes para utilizar la bicicleta como medio de transporte? Obtuvimos una media de 4.3, que es cercana a una baja percepción en su capacidad; es decir, nada capaz. Les preguntamos su opinión respecto a las ventajas del uso de la bicicleta, podemos observar que una de las principales tiene que ver con el cuidado del ambiente (301), por salud (288), como ahorro económico (272) y con menor frecuencia la ventaja es que la utilizan por recreación (149) y rapidez (68).

Tabla 8. *Frecuencias de las ventajas del uso de la bicicleta*

¿Cuáles consideras que son las ventajas del uso de la bicicleta?	
Rapidez	68
Ahorro económico	272
Confort	12
Salud	288
Seguridad	9
Recreación	149
Cuidado del medio ambiente	301
Ninguna	2
Otras	4

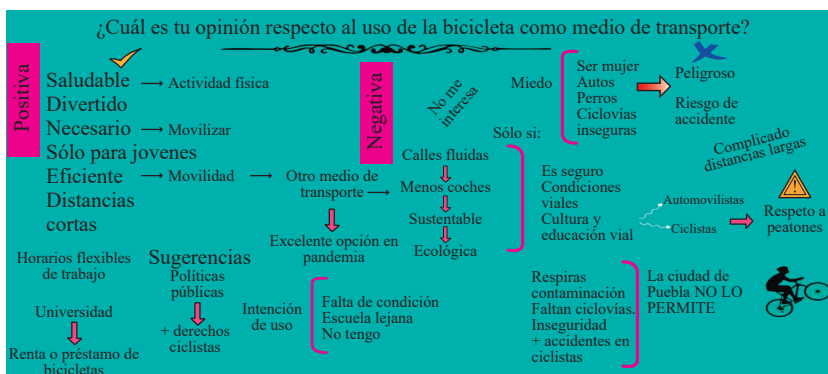
Una de las preguntas más relevantes que hicimos a la comunidad Ibero Puebla fue su opinión respecto al uso de la bicicleta como medio de transporte. Las respuestas a esta pregunta se enfocaron en aspectos positivos, negativos y, al mismo tiempo, los y las participantes hicieron sugerencias.

Como aspectos positivos mencionaron que principalmente es saludable dado que fomenta la actividad física. Como actividad recreativa es divertido andar en bici, pero consideran que es necesario normalizar su uso. Algunos(as) mencionaron que quizá sea vista como una actividad para jóvenes. Dentro de los aspectos positivos, destacamos que es considerada un medio de transporte eficiente porque mejora la movilidad y es una opción más que resulta excelente durante la pandemia. Es un transporte eficiente dado que genera calles fluidas, menos coches, es sustentable y ecológica.

Por otro lado, las opiniones negativas se caracterizan por mencionar rotundamente que “no me interesa”, el miedo como variable relevante se describe por una cuestión de “ser mujer”, a los automóviles, los perros y que al mismo tiempo las ciclovías son inseguras. Se refirió al uso de la bicicleta como “peligroso” y con “riesgo de accidente”. Asimismo, consideran que es negativo dado que respiras contaminación, hacen falta más ciclovías, la inseguridad, y hay una mayor percepción de accidentes ciclistas; es decir, concluyen que la ciudad de Puebla no permite el uso de la bicicleta y más cuando las distancias son largas. Su intención de uso incrementaría solo si: 1) fuera seguro, 2) con mejores condiciones viales, 3) mayor educación y cultura vial, 4) mejorar su condición física, 5) que la escuela no estuviera lejos y 6) tener la bicicleta.

Las opiniones de los y las integrantes de la comunidad Ibero Puebla se centran en que haya una modificación de las políticas públicas y, por ende, que haya una implicación en los derechos ciclistas. Respecto a la universidad, sugieren que haya más horarios de trabajo flexibles y la posibilidad de renta o préstamo de bicicletas (ver Fig. 1).

Figura 1. Diagrama de las opiniones sobre el uso de la bicicleta como medio de transporte



Discusión

Conocer los aspectos que están asociados con la determinación de la Comunidad Ibero Puebla de no usar la bicicleta. Fue interesante identificar que los resultados están acordes con estudios previos. Una razón importante es no contar con una bicicleta. Ramírez Zamudio (2017) destaca la falta de recursos económicos para adquirir una bicicleta, así como la falta de interés y vergüenza de no saber usarla, aunque también se ha asociado con niveles educativos altos (de Geus *et al.*, 2008). Al mismo tiempo, la percepción de ser una actividad peligrosa e insegura coincide con los hallazgos de Adaros *et al.* (2021) y Guell *et al.* (2013), así como con la encuesta realizada por la Secretaría de Movilidad de la CDMX (2020), en la que se encontró que el uso es peligroso e inseguro debido a los accidentes y la falta de ciclovías. Aunque en el caso del circuito universitario de la Ibero Puebla, puede destacarse que cuenta con una de las zonas con más ciclovías de acuerdo a las características que tiene la zona de Angelópolis.

Otra de las razones relevantes fue el miedo; sin embargo, ese miedo no podría catalogarse de tipo irracional, tomando en cuenta la cantidad de muertes y accidentes con ciclistas. En el 2018, la ciudad de Puebla ocupó el primer lugar del país por muertes por atropellamiento de ciclistas y peatones, con 44 fallecidos(as). En el 2019, ocupó el tercer lugar (Alvídrez, 2021). Por otro lado, ser mujer intensifica el miedo, pues está relacionado con el acoso callejero (Ramírez, 2017). El empoderamiento y respeto a las mujeres sigue siendo un área por atender tomando en cuenta la situación actual en la que nos encontramos. Quitarse el miedo es una de las principales barreras por romper, pero va acompañada de mejorar la condición física, mayor educación vial, saber usar la bicicleta y el respeto a los y las ciclistas, lo que al mismo tiempo implica mayor autoeficacia; es decir, la creencia que tienen las personas sobre la capacidad en este caso de usar la bicicleta (Barberan *et al.*, 2017; de Geus *et al.*, 2008).

La comunidad Ibero Puebla coincide en que el uso de la bicicleta requiere de un cambio social relevante en temas de educación vial. Es una forma y opción más como medio de transporte, sustentable y ecológico. Se requiere de una modificación de las políticas públicas y, por ende, que haya una implicación en los derechos ciclistas. Respecto a la universidad, se sugiere que haya más horarios flexibles de trabajo y la posibilidad de renta o préstamo de bicicletas.

De acuerdo con la Estrategia de Movilidad en Bicicleta de la Ciudad de México (Gobierno del Distrito Federal, Secretaría del Medio Ambiente y Universidad Nacional Autónoma de México, 2007), para implementar una cultura del uso de la bicicleta se debe utilizar un modelo que integre las mejores experiencias globales a las condiciones particulares. Entre las estrategias que mencionan está la cultura y socialización del uso de la bicicleta para poder lograr el desarrollo. Promover un cambio cultural hacia la movilidad sostenible no es solo una propuesta del gobierno de nuestro país, también es un objetivo de otros países como en España, con la Estrategia Estatal por la Bicicleta (Pérez, 2021).

En México, es común que las vialidades no cuenten con un espacio exclusivo para vehículos no motorizados como la bicicleta. De ahí que un peatón que camine en una calle sin banqueta “lo haga bajo su propio riesgo”, al igual que un o una ciclista en una calle sin ciclovías. Evidentemente, como ya se ha mencionado, hay factores individuales para que una persona tome la decisión de usar la bicicleta como medio de transporte. Sin embargo, no podemos olvidar la dinámica social dialéctica del Estado que vela por las garantías individuales. Una de ellas es, justamente, la libre movilidad. En este juego dialéctico, algunos sectores de la sociedad han tomado la iniciativa de formar, dar talleres viales y capacitar en el uso de la bicicleta en áreas urbanas. Al Estado le toca garantizar lo dicho en la Ley General de Movilidad y Seguridad Vial publicada en el Diario de la Federación el 17 de mayo 2022. Esta Ley se convierte en una demanda para garantizar la jerarquía ya expuesta en el Plan Integral de Movilidad de la Ciudad de México, donde el peatón ocupa el primer lugar, seguido inmediatamente por los ciclistas.

El recorrido, dentro de este discurso ciclista-urbano en el cual estamos inmersos, aún es largo. Por una parte, como ya dijimos, hay una obligación primordial del Estado; sin embargo, implica todo un cambio de paradigma en el que la calle, el espacio urbano y las ciclovías tienen el mismo derecho que los vehículos en una calle; la banqueta debe tener la misma dignidad que una calle sin baches. En el fondo, no estamos hablando de objetos en sí mismos (banqueta, ciclovía, calle), sino de relaciones (*banqueta* para la y el *peatón*; *ciclovía* para las y los *ciclistas*; *calles* para las y los *automovilistas*). Al ser relaciones, el espacio público se convierte en un espacio democrático y plural de respeto mutuo en el cual la libre movilidad no solo está permitida, sino que es respetada y procurada.

Referencias

- Adaros Boye, M., Duclos-Bastías, D., Espinoza Oteiza, L., & Giakoni Ramírez, F. (2021). Implementación de un programa de ciclismo urbano en estudiantes universitarios chilenos (Implementation of an urban bicycling programme in Chilean university students). *Retos*, *41*, 328-334. <https://doi.org/10.47197/retos.v0i41.83528>.
- Alvídrez, D. (28 de mayo de 2021). Ciclistas en Puebla, entre la muerte y la modernidad. *Milenio*. <https://www.milenio.com/politica/comunidad/ciclistas-en-puebla-entre-la-muerte-y-la-modernidad>.
- Barberan, A., de Abreu e Silva, J., & Monzon, A. (2017). Factors influencing bicycle use: A binary choice model with panel data. *Transportation Research Procedia*, *27*, 253-260. <https://doi.org/10.1016/j.trpro.2017.12.097>.
- Caballero, R., Franco, P., Mustaca, A., & Jakovcevic, A. (2014). O Uso da Bicicleta como Meio de Transporte: Influência de Fatores Psicológicos. Uma Revisão de Literatura. *Psico*, *45*(3), 316. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2014.3.17286>.
- Castellar Otín, C., Pradas De La Fuente, F., Rapún López, M., Coll Risco, I., & Pérez Gómez, S. (2015). Aula en bici: un proyecto longitudinal de intervención docente en Ed. Primaria (Class by Bicycle: a longitudinal project of educational intervention in primary school). *Retos*, *23*, 5-9. <https://doi.org/10.47197/retos.v0i23.34558>.

- Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, Centro de Investigación Aplicada en Derechos Humanos e Instituto de Políticas para el Transporte y el Desarrollo (2013). *Informe especial sobre el derecho a la movilidad en el Distrito Federal 2011-2012*. https://piensadh.cdhdh.org.mx/images/publicaciones/Informe_especial/2013_Informe_esp_Movilidad.pdf.
- Cepeda Zorrilla, M., Hodgson, F., & Jopson, A. (2019). Exploring the influence of attitudes, social comparison and image and prestige among non-cyclists to predict intention to cycle in Mexico City. *Transportation Research Part F: Traffic Psychology and Behaviour*, 60, 327-342. <https://doi.org/10.1016/j.trf.2018.10.009>.
- de Geus, B., De Bourdeaudhuij, I., Jannes, C., & Meeusen, R. (2008). Psychosocial and environmental factors associated with cycling for transport among a working population. *Health Education Research*, 23(4), 697-708. <https://doi.org/10.1093/her/cym055>.
- Dora, C., Hosking, J., Mudu, P., & Fletcher, E.R. (2011). *Urban transport and health. Module 5g. Bicycling for Transportation: A Sourcebook for Policy-Makers in Developing Cities*. Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit y World Health Organization. https://www.imt-ip.pt/sites/IMTT/Portugues/Planeamento/MobilidadeeTransportes/DocumentosReferencia/Documents/Sustainable%20Transport%20Sourcebook/Module_5g.pdf.
- Fernández-Heredia, L., Jara-Díaz, S., & Monzón, A. (2016). Modelling bicycle use intention: the role of perceptions. *Transportation*, 43(1), 1-23. <https://doi.org/10.1007/s11116-014-9559-9>.
- Fishman, E., Washington, S., & Haworth, N. (2013). Bike Share: A Synthesis of the Literature. *Transport Reviews*, 33(2), 148-165. <https://doi.org/10.1080/01441647.2013.775612>.
- Forman, H., Kerr, J., Norman, G. J., Saelens, B. E., Durant, N. H., Harris, S. K., & Sallis, J. F. (2008). Reliability and validity of destination-specific barriers to walking and cycling for youth. *Preventive Medicine*, 46(4), 311-316. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2007.12.006>.
- González, S. (2013). Movilidad, accesibilidad y transporte en la Ciudad de México. *Infraestructura Vial*, 225-234. https://datospdf.com/download/movilidad-transporte-y-accesibilidadpdf-_5ae62c90b7d7bcf338f2bdbd_pdf.
- Guell, C., Panter, J., & Ogilvie, D. (2013). Walking and cycling to work despite reporting an unsupportive environment: insights from a mixed-method exploration of counterintuitive findings. *BMC Public Health*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-497>.
- Heinen, E., van Wee, B., & Maat, K. (2010). Commuting by Bicycle: An Overview of the Literature. *Transport Reviews*, 30(1), 59-96. <https://doi.org/10.1080/01441640903187001>.
- Jaramillo Ramos, L., & Díaz-Marín, J. S. (2020). Evaluación de factores psicológicos asociados al transporte sustentable. *Diversitas*, 16(2). <https://doi.org/10.15332/22563067.6317>.

- López, J. (2017). *Muévete con bici: Un proyecto educativo*. [Trabajo fin de grado, Universidad de Granada] <https://drive.google.com/file/d/1BO3dc3qfBa2ADyB-NXK7PE6EwVVSS7KGp/view?usp=sharing>.
- Molina-García, J., Queralt, A., Estevan, I., Álvarez, O., & Castillo, I. (2016). Barreras percibidas en el desplazamiento activo al centro educativo: fiabilidad y validez de una escala. *Gaceta Sanitaria*, 30(6), 426-431. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.05.006>.
- Morales, M. I. (27 de octubre de 2011). *El fomento del uso de la bicicleta en entornos educativos*. Repositorio Institucional de La Universidad de Huelva. <http://hdl.handle.net/10272/5313>.
- Orzanco-Garralda, M. R., Guillén-Grima, F., Sainz-Suberviola, L., Redín-Areta, M. D., & Aguinaga-Ontoso, I. (2018). Percepción de factores psicosociales y del entorno relacionados con el desplazamiento activo. *Revista de Psicología del Deporte*, 27(1), 135-144. <https://ibecs.isciii.es/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=IBECS&lang=e&nextAction=lnk&exprSearch=172516&indexSearch=ID>.
- de la Paz, M. S. (2017). La bicicleta en la movilidad cotidiana: Experiencias de mujeres que habitan la Ciudad de México. *Revista Transporte y Territorio*, 16, 112-126. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=333051591006>.
- Pérez, J. C. (2014). El crecimiento exponencial de las ciudades mexicanas del siglo XX y su impacto económico y social en el entorno. *Horizontes de la Contaduría*, 2, 207-221. <https://www.uv.mx/iic/files/2018/01/17-C071148.pdf>.
- Pucher, J., & Buehler, R. (2008). Making Cycling Irresistible: Lessons from The Netherlands, Denmark and Germany. *Transport Reviews*, 28(4), 495-528. <https://doi.org/10.1080/01441640701806612>.
- Pucher, J., Buehler, R., & Seinen, M. (2011). Bicycling renaissance in North America? An update and re-appraisal of cycling trends and policies. *Transportation Research Part A: Policy and Practice*, 45(6), 451-475. <https://doi.org/10.1016/j.tra.2011.03.001>.
- Ramírez, S. R. (2017). *Factores que afectan el uso de la bicicleta como medio de transporte por parte de las estudiantes de la Universidad Distrital Francisco José de Caldas*. [Trabajo de grado, Universidad Distrital Francisco José de Caldas] <http://repository.udistrital.edu.co/handle/11349/14612>.
- Sallis, J. F., Certero, R. B., Ascher, W., Henderson, K. A., Kraft, M. K., & Kerr, J. (2006). An ecological approach to creating active living communities. *Annual Review of Public Health*, 27(1), 297-322. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.27.021405.102100>.
- Secretaría de Movilidad de la Ciudad de México (2020). *Encuesta Ecobici 2020*. https://ecobici.cdmx.gob.mx/wp-content/uploads/2022/07/encuesta_2020_rv4_2.pdf.
- Torres, A. (2012). La bicicleta. *Entorno Universitario*, 13(37), 26-28.
- Villa-González, E., Rodríguez-López, C., Huertas Delgado, F. J., Tercedor, P., Ruiz, J. R., & Chillón, P. (2012). Factores personales y ambientales asociados con el desplazamiento activo al colegio de los escolares españoles. *Revista de Psicología del Deporte*, 21(2), 343-349. <https://www.redalyc.org/pdf/2351/235126897014.pdf>.

SECCIÓN III
VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS RELACIONADOS
CON LA SALUD Y BIENESTAR

ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE UNA ESCALA DE ACTITUDES HACIA PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE

*Sandra Patricia Armenta Camacho**
*Santa Magdalena Mercado Ibarra**
*Carlos Alberto Mirón Juárez**
*María Teresa Fernández Nistal**
Instituto Tecnológico de Sonora*

Resumen

Las personas en situación de calle representan un grupo de personas que con frecuencia son estigmatizados y son víctimas de actitudes negativas; sin embargo, son un grupo importante dentro de la sociedad que está aumentando de tamaño. El objetivo del estudio es adaptar y validar un inventario de actitudes hacia personas en situación de calle para su uso en el sur de Sonora. La muestra fue de 285 participantes, 29.4 % hombres y 66.4% de mujeres, con una media de 27 años de edad. Los ítems se dividieron en cuatro factores que explicaban 50.1% de la varianza total explicada. Por otro lado, existe una diferencia de .20 en el Alfa de Cronbach en comparación a la versión original. Además, se recomienda hacer una segunda aplicación del instrumento aumentando la muestra representativa para elaborar un análisis confirmatorio.

Introducción

Según el Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación en la Ciudad de México (COPRED, 2013), la pobreza va más allá de la falta de ingresos y recursos para garantizar unos medios de vida sostenibles, por lo que eminentemente es un problema de derechos humanos. Entre las distintas manifestaciones de la pobreza figuran el hambre, la malnutrición, la falta de una vivienda digna y el acceso limitado a otros servicios básicos como la educación o la salud. No hay una convención o tratado internacional específico para que los Estados se comprometan a respetar y vigilar los derechos de la población en situación de calle, dado su perfil heterogéneo y por tratarse de un grupo social excluido y discriminado en el que coexisten niñas, niños, jóvenes, mujeres, familias, personas adultas y adultas mayores. Su baja visibilización y clandestinidad obstaculizan el ejercicio de los derechos humanos de este grupo social.

Aunado a esto, en los últimos diez años diferentes disciplinas han abordado el tema para conocer las causas que llevan a una persona a vivir en situación de calle, entre las que se encuentran las cuestiones relacionadas con la falta de infraestructura de vivienda (Domínguez y Villalba, 2010; Fazel *et al.*, 2014), fundamentado en la estructura económica

actual que no permite un acceso igualitario a los recursos de subsistencia necesarios. Los problemas de violencia ejercidos de forma física, sexual, económica y psicológica son una razón por la cual, sobre todo la niñez, busca otros espacios de vida, viéndose obligada a recurrir al entorno de calle (Valencia y Alcaraz, 2010; Ortiz, 2014; IASIS, 2017). Otra causa es la experiencia con las drogas y el alcohol (Losantos, 2015; Suárez, 2008, como se cita en Barajas, 2018), que además de ser un factor para terminar en situación de calle, es un problema recurrente en las personas en situación de calle y uno de los elementos de arraigo a este particular modo de vida.

Antecedentes

La denominación de objetos de actitud se refiere a las evaluaciones globales y relativamente estables que las personas hacen sobre otras personas, ideas o cosas que, técnicamente, reciben la denominación de objetos de actitud (Morales, 2007). Las actitudes explícitas se controlan conscientemente y se evalúan usando medidas de autoinforme (Kinder y Drake, 2009). Las actitudes implícitas son respuestas automáticas que a menudo ocurren fuera de la conciencia consciente (Penner *et al.*, 2005; Greenwald, 2005), estas ayudan a explicar los resultados conductuales que no pueden predecirse únicamente a partir de actitudes explícitas (Greenwald *et al.*, 2009).

Un estudio realizado en 2016 en Estados Unidos encontró que estos sentimientos de compasión a las psc siguen siendo frecuentes (Tsai *et al.*, 2017). Durante las últimas tres décadas, los fondos federales dedicados a los servicios directos y la investigación sobre las personas sin hogar han aumentado drásticamente y los estudios han demostrado que el público en general está dispuesto a pagar impuestos más altos para ayudar a las personas sin hogar a obtener una vivienda. Ese mismo año en noviembre, se realizó una encuesta en línea sobre las actitudes del público sobre la falta de vivienda con 541 adultos estadounidenses en 47 estados utilizando Amazon Mechanical Turk. Los resultados de la encuesta se compararon con dos encuestas públicas realizadas en 1990. En comparación con encuestas anteriores, la muestra actual respaldaba más compasión, apoyo del gobierno y actitudes liberales sobre la falta de vivienda (Tsai *et al.*, 2016).

En Estados Unidos, se realizó una investigación transversal donde se administró una encuesta nacional en 1993-1994 ($N = 360$) y se repitió en 2001 ($N = 435$) para evaluar la prevalencia de las personas sin hogar, así como las actitudes, opiniones y conocimientos respecto a la falta de hogar. En 2001, los encuestados tenían puntos de vista menos estereotipados de las personas sin hogar y apoyaban más los servicios, pero llegaron a ver la falta de hogar como un problema menos grave que con menos frecuencia se debía a factores económicos. En todas las encuestas, los más jóvenes, mujeres, liberales y menos ricos demostraron actitudes más comprensivas hacia las personas sin hogar (Tompsett *et al.*, 2006).

Partida *et al.* (2019) obtuvieron que los hombres presentaban actitudes más negativas hacia las personas en situación de calle. Además, destacan la actitud neutral hacia las

personas en situación de calle, lo cual coincide con los resultados del estudio de Tamayo y Navarro (2009), quienes concluyeron que la representación social de los habitantes en situación de calle era de dos tipos, los “buenos” y los “malos”, lo que pudiera reflejar actitudes ambivalentes o “sentimientos encontrados”.

Debido al creciente problema de las psc, se han detectado algunos problemas en la búsqueda de atención médica derivados de estereotipos que tiene el sector salud. Es por eso que en Suecia se creó el Inventario de Actitudes hacia las Personas sin Hogar (ATHI). Se desarrolló para cubrir múltiples dimensiones de las actitudes hacia las personas sin hogar y para detectar cambios en múltiples segmentos de la población (Klarare *et al.*, 2021).

Problema

El modo en que se define a las personas en situación de calle condiciona el tipo de relaciones que establecen con las instituciones que los atienden, con las personas en general y con sus pares. En el caso de las personas en situación de calle, son definidos socialmente como “vagos”, “que no salen porque no quieren”, “que son adictos o están locos”. Estas atribuciones de connotación negativa operan de modo estigmatizante, lo que puede dar lugar a prácticas de discriminación. Se puede comprender las mismas a partir del concepto de prejuicio (Seidmann *et al.*, 2016).

Debido a la escasez de estudios, se ha visto en la necesidad de recurrir a modelos y planteamientos teóricos extranjeros; es decir, no surgen del contexto particular de nuestra región. Como refiere Smith (2006), dado que la gran mayoría de los estudios y supuestos teóricos provienen de Estados Unidos y Europa, es necesaria la investigación llevada a cabo en Asia, África y América Latina, contextos con una realidad multiétnica, pluricultural y multilingüe que pueden enriquecer de forma importante el bagaje teórico de la psicología social contemporánea.

Bar-Tal (2004) destaca que es importante estudiar el comportamiento social en sus contextos reales, para obtener resultados teóricamente relevantes y con un valor significativo para la sociedad. Además, se destaca la necesidad de contar con instrumentos válidos y confiables en México y, en ese sentido, de contar con escalas para medir actitudes hacia personas en situación de calle en México que sean válidas y confiables.

Objetivo

Adaptar y validar un inventario de actitudes hacia personas en situación de calle en el sur de Sonora.

Método

Esta investigación corresponde a un diseño no experimental, transaccional y exploratorio, el cual recolectó datos en un solo momento (Hernández *et al.*, 2014).

Participantes

La muestra fue de 285 participantes, 29.4 % hombres y 66.4 % mujeres. Las edades oscilan entre los 18 y 65 años, con una media de 27 años de edad, la muestra fue seleccionada de manera intencional ya que se selecciona cuidadosamente a los sujetos de la población utilizando criterios específicos, buscando la representatividad hasta donde sea posible (Hernández y Carpio, 2019).

Respecto a los datos generales del estado civil de los participantes, 67.4% eran solteros, 19.2% eran casados, 6.6% divorciados, 4.5% unión libre y el resto fue de otro estado civil. Sobre la parte familiar, 21% tenía hijos y 75.5% no. Se indagó acerca del nivel educativo de los participantes, 2.8 % había cursado hasta la secundaria, 13.3% hasta la preparatoria, 75.4% universidad y 7.7% hasta el posgrado.

Instrumentos

El inventario de actitudes hacia las personas en situación de calle (Klarare, Wikman, Soderlund *et al.*, 2021) tiene como objetivo evaluar las actitudes tanto específicas como globales hacia las personas en situación de calle.

Originalmente está validado en población de Suecia. Contiene 27 ítems con formato de respuesta Likert de 6 puntos (1 muy de acuerdo, 2 de acuerdo, 3 inseguro, pero probablemente de acuerdo, 4 inseguro, pero probablemente en desacuerdo, 5 en desacuerdo y 6 totalmente en desacuerdo). El instrumento se compone de cuatro dimensiones: (1) Causas personales, (2) Causas sociales, (3) Afiliación y (4) Soluciones. La escala de 27 ítems mostró una consistencia interna de Alfa de Cronbach (alfa = 0.71), lo que se considera como buena al superar el mínimo aceptable para el coeficiente que es de .70 (Oviedo y Campo, 2005).

Procedimiento

El procedimiento se abordó en las siguientes fases:

Fase I. La investigación se sometió a la evaluación de un comité de ética institucional del Instituto Tecnológico de Sonora y fue aprobada.

Fase II. Abordaje teórico y conceptual sobre las actitudes hacia personas en situación de calle para la selección del instrumento de evaluación para esta variable.

Fase III. Proceso de traducción. Se realizó el proceso de traducción del idioma original al español, donde se trabajó con expertos en el idioma inglés.

Fase IV. Juicio de expertos. Una vez realizada la traducción, se realizó un análisis de juicio de expertos para la revisión del instrumento.

Fase V. Ajustes al instrumento. Se realizaron ajustes de acuerdo a las observaciones realizadas por el grupo de expertos, además de una segunda revisión.

Fase VI. Aplicación de la muestra. La muestra la conformaron personas mayores a 18 años que viven en el estado de Sonora.

Fase VII. Fase de análisis y procesamiento de información. Se realizó el análisis factorial exploratorio mediante el programa SPSS versión 22.

Resultados

Para la validez de contenido, se llevaron a cabo las deliberaciones del comité de revisión de expertos, donde se analizaron los cambios durante la traducción y retraducción del instrumento. Este fue un paso crucial para la adaptación transcultural (Beaton *et al.*, 2000), ya que el proceso de traducción directa e inversa puede revelar discrepancias y resaltar las inconsistencias. El comité experto estuvo compuesto por tres siete expertos y uno de ellos estuvo en el proceso de traducción. El comité estuvo compuesto por dos grupos, el primero conformado por tres doctores investigadores, en este grupo había experiencia y competencia en materia de investigación, método y lenguaje. El segundo grupo estuvo conformado por tres personas de instancias públicas expertos en el área de trabajo social con personas en situación de calle. Se concluyó que los ítems eran suficientes, relevantes y claros en cada dimensión. Esta información se utilizó para obtener la validez del contenido. Los procedimientos y las discusiones fueron meticulosamente documentadas para generar transparencia y dejar constancia de las decisiones tomadas.

A partir de la aplicación del Inventario de actitudes hacia las personas en situación de calle, se analizaron los resultados mediante el programa estadístico SPSS versión 22. Mediante este programa, se realizó un análisis factorial exploratorio por componentes principales y rotación varimax a los 27 reactivos que componen la escala, se utilizó para determinar la validez de constructo del instrumento. Los ítems se dividieron en cuatro factores que en conjunto explican el 50.944% de la varianza explicada. Se obtuvo un índice KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) de .681. Se realizó el análisis de los ítems para determinar la carga de los reactivos y analizar la pertinencia de cada uno. Se eliminaron los reactivos 1, 2, 7, 8 y 13 debido a que tenían una carga menor a .30 en los componentes (ver Tabla 1).

Tabla 1. *Matriz de componente rotado*

Matriz de componente rotado^a				
	Componente			
	1	2	3	4
9. La falta de apoyos gubernamentales en el bienestar ha contribuido sustancialmente al problema de las personas en situación de calle en este país.	.682			
23. Los cambios económicos y productivos en el país han contribuido indirectamente al problema de las personas en situación de calle en este país.	.674			
16. Ayudar a las personas en situación de calle con sus problemas financieros a menudo mejora su condición.	.645			
17. Las personas en situación de calle carecen de motivación.	.636			
24. Se puede confiar en las personas en situación de calle para trabajos de limpieza de hogares o de asistencia como niñeras.	.587			
12. Es fácil reconocer a una persona en situación de calle.	.580			
19. Las personas en situación de calle y la población en general no pueden realmente entenderse entre sí.	.562			
25. La mayoría de las personas en situación de calle tienen personalidades similares.	.547			
27. La mayoría de las personas en situación de calle padecen enfermedades mentales.	.534			
26. Las personas en situación de calle serían capaces de administrar sus hogares por sí mismas.	.507			
4. Me sentiría cómodo o cómoda comiendo con una persona en situación de calle.	.470			
3. El bajo salario mínimo en este país prácticamente garantiza una gran población en situación de calle.	.465			
11. No se puede esperar realmente que una persona en situación de calle adopte un estilo de vida normal.	.450			
22. Las personas en situación de calle tienen más probabilidades de tener enfermedades de transmisión sexual que la población en general.	.433			
10. Me siento incómodo o incómoda cuando conozco a personas en situación de calle.	.355			
14. La mayoría de las personas en situación de calle padecen enfermedades mentales.		.954		
6. Es poco lo que se puede hacer por las personas en los refugios, estancias o albergues para personas en situación de calle, excepto para asegurarse de que estén cómodas y bien alimentadas.		.954		
15. Las personas en situación de calle no son más peligrosas que otras personas.		.700		
21. Consideraría salir con una persona en situación de calle.			.985	
20. Las personas en situación de calle son sucias.			.985	
5. Los programas de rehabilitación para personas en situación de calle son costosos de operar.				.995
18. La mayoría de las personas en situación de calle son capaces de realizar trabajos calificados.				.995

Se realizó un análisis de Alfa de Cronbach con los 22 reactivos, con lo cual se obtuvo un Alfa de Cronbach que indica una confiabilidad de 0.518, apenas superando el mínimo establecido de 0.50 (Oviedo y Campo, 2005). Sin embargo, para que los instrumentos sean considerados aceptables deben superar un Alfa de .70 (George y Mallery, 2003), lo cual indica la necesidad de realizar análisis más profundos de la traducción y retraducción del instrumento.

Tabla 2. *Alfa de Cronbach*

Alfa de Cronbach	N de elementos
.518	22

En cuanto a las dimensiones, los reactivos se acomodaron de la siguiente forma:

Componente 1. 9, 23, 16, 17, 24, 12, 19, 25, 27, 26, 4, 3, 11, 22, 10

Componente 2. 14, 6, 15

Componente 3. 21, 20

Componente 4. 5, 18

Estos componentes difieren de los componentes del instrumento original, por lo que es importante realizar una revisión sobre los reactivos que conforman cada una de las dimensiones. En específico, una revisión de las diferencias culturales que existen entre un país europeo y México. Por ejemplo, en el componente de causas sociales se mencionan diferentes causas que pueden llevar a una persona a vivir en situación de calle; sin embargo, esas causas sociales pueden diferir de las causas que viven las PSC en México. Es por eso que un análisis de estas causas en el contexto mexicano podría contribuir a tener un mejor instrumento.

Discusión

El inventario de actitudes hacia personas en situación de calle ha demostrado ser un instrumento de investigación aceptable para su uso en el sistema sueco (Klarare, 2021). El proceso sistemático y riguroso aplicado en este estudio incluyó expertos con diversas competencias en los procedimientos de traducción.

El instrumento indicó un índice de fiabilidad más bajo (.51) en comparación con el original (.71) (Klarare, 2021), por lo que es necesario realizar una revisión de los ítems, especialmente en el proceso de traducción y retraducción del instrumento, al igual que verificar las adaptaciones culturales que se realizaron. Referente a la varianza total explicada, se obtuvo un 50%, lo que indica mejores índices que los reportados a nivel interna-

cional; sin embargo, como umbral para la extracción de los factores se suele establecer un mínimo de 60% (Hair *et al.*, 2010).

Se recomienda realizar una segunda aplicación ampliando la muestra para que ésta sea representativa del sur de Sonora; además, realizar un análisis confirmatorio. Finalmente, para futuras investigaciones relacionadas con el tema, se propone profundizar en las temáticas referentes a las variables individuales y sociales que determinan las actitudes hacia personas en situación de calle, de tal manera que sea posible obtener una visión más global del comportamiento humano reflejado en este fenómeno.

Referencias

- Barajas, E (2018). Vínculos. *Sociología, Análisis y Opinión*. (12) 99-119. http://www.publicaciones.cucsh.udg.mx/ppperiod/vinculos/pdfs/vinculos12/V12_5.pdf.
- Bar-Tal, D. (2004). The necessity of observing real life situations: Palestinian – Israeli violence as a laboratory for learning about social behaviour. *European Journal of Social Psychology*, 34(6), 677-701. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ejsp.224>.
- Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). *Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures*. *Spine*, 25(24), 3186-3191. doi:10.1097/00007632-200012150-00014.
- Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación en la Ciudad de México (COPRED, 2013). *Encuesta sobre discriminación en la Ciudad de México* (EDIS). <https://copred.cdmx.gob.mx/storage/app/media/EDIS-2013-hallazgos.pdf>
- Domínguez, A., & Villalba, M. (2010). *Investigación diagnóstica de personas que viven en situación de calle*. <https://defensorcordoba.org.ar/archivos/publicaciones/Investigacion%20Diagnostica%20de%20Personas%20en%20Situacion%20de%20Calle%20-%202010.pdf>.
- Fazel S, Geddes J., & Kushel M. (2014) The health of home-less people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *Lancet*; 384 (9953): 1529-40. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61132-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61132-6).
- George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update* (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon. <https://wps.ablongman.com/wps/media/objects/385/394732/george4answers.pdf>
- Greenwald, A., Banaji, M., Rudman, L., Farnham, S., Nosek, B., & Mellott, D. S. (2002). A unified theory of implicit attitudes, stereotypes, self-esteem, and self-concept. *Psychol. Rev.* (109) 3-25. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11863040/>
- Hair, J., Black, W., Babin, B., & Anderson, R. (2010). *Multivariate data analysis* (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall. <https://www.drnishikantjha.com/papersCollection/Multivariate%20Data%20Analysis.pdf>

- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6a. ed). México, D.F.: McGraw-Hill. <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Instituto de Asistencia e Integración Social (IASIS, 2017). Resultados preliminares del Censo de Poblaciones Callejeras, IASIS, en colaboración con organizaciones civiles, expertos y academia. http://189.240.34.179/Transparencia_sedeso/wpcontent/uploads/2017/Preeliminarios.pdf
- Kinder, D., & Drake, K. (2009). Myrdal's prediction. *Political Psychology* (30), 539-568. <https://www.jstor.org/stable/25655417>.
- Klarare, A., Wikman, A., Söderlund, M., McGreevy, J., Mattsson, E., & Rosenblad, A. (2021). Translation, Cross-Cultural Adaptation, and Psychometric Analysis of the Attitudes Towards Homelessness Inventory for Use in Sweden. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 18(1), 42-49. <https://doi.org/10.1111/wvn.12477>.
- Losantos, E (2015). *Podemos dejar la calle ¿Pero la calle nos dejará a nosotros? Voces sobre la permanencia de niños, adolescentes y jóvenes en la situación de calle*. (Tesis Doctoral). La Paz, Bolivia: Universidad Católica San Pablo y Vrije Universiteit Brusel. https://www.taosinstitute.net/files/Content/5695686/DISERTACION_FINAL_MARCELA_LOSANTOS_29_julio_2015.pdf.
- Morales, J., Moya, M., Gaviria, E., & Cuadrado, I. (2007). *Psicología social* (3a. ed.). Madrid: Mc Graw-Hill. 918p. ISBN 978-84-481- 5608-4. <https://www.redalyc.org/pdf/3378/337829542008.pdf>.
- Ortiz, E. (2014). Niñas y niños en situación de calle. Crítica y propuesta para la Ciudad de México. *Margen* (72). <https://www.margen.org/suscri/margen72/ortiz.pdf>.
- Oviedo, H., & Campo, A. (2005). Aproximación al uso del coeficiente Alfa de Cronbach. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(4), 572-580. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502005000400009&lng=en&tlng=es.
- Partida, V., Esquer, L., & Barrera, L. (2019). Actitudes hacia personas en situación de calle en hombres y mujeres del norte de México. *Búsqueda*, 6(22), 437-437. <https://revistas.cecar.edu.co/busqueda/article/view/437>
- Penner, L., Dovidio, J., Piliavin, J., & Schroeder, D. (2005). Prosocial behavior: Multilevel perspectives. *Annual. Review of Psychology*, 56 (1), 365-392. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15709940/>
- Seidmann, S., Di Iorio, J., Rigueiral, G. Gueglio Saccone, C.L., Rolando, S., & Azzollini, S. (2016). Construyendo comunidad: investigación-acción con personas en situación de calle en la ciudad de Buenos Aires. <https://www.academica.org/gustavo.javier.rigueiral/7>
- Smith, V. (2006). La psicología social de las relaciones intergrupales: modelos e hipótesis. *Actualidades en Psicología*, (20), 45-71. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0258-64442006000100003

- Tamayo, W., & Navarro, O. (2009). Representación social del habitante en situación de calle. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia, 1(1)*, 7-34. <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/psicologia/article/view/10025>.
- Tompsett, C., Toro, P., Guzicki, M., Manrique, M., & Zatakia, J. (2006). Homelessness in the United States: Assessing changes in prevalence and public opinion, 1993-2001. *American Journal of Community Psychology, (37)*, 47-61. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16680536/>.
- Tsai, J., Lee, C., Byrne, T., Pietrzak, R., & Southwick, S. (2017). Changes in Public Attitudes and Perceptions about Homelessness Between 1990 and 2016. *American Journal of Community Psychology, 60* (3-4), 599-606. <http://doi:10.1002/ajcp.12198>.
- Valencia, A., & Alcaraz, G. (2010). La violencia no siempre es violencia. El significado para los niños y niñas en situación de calle. *Investigación y Educación en Enfermería, 28(3)*, 435-443. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105215721014>.

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DEL CAPITAL PSICOLÓGICO EN ORGANIZACIONES IPSICAP-24 EN TRABAJADORES MEXICANOS

*Jhomara Anahí Mercado Obeso**
*Claudia García Hernández**
*María de Lourdes Preciado Serrano***
*Carlos Alberto Mirón Juárez**
Instituto Tecnológico de Sonora*
Universidad de Guadalajara**

Resumen

Los recursos psicológicos con los que cuenta la persona se basan en las fortalezas y capacidades, particularmente en una organización laboral se les identifica como capital psicológico: la autoeficacia, el optimismo, la esperanza y la resiliencia que un trabajador activa ante las exigencias de la tarea (Luthans y Youssef, 2017). Su desarrollo e intervención permite mejorar el bienestar y el rendimiento laboral de las personas, lo que repercute en la salud mental del individuo y su ambiente (Luthans y Broad, 2022). El objetivo del estudio fue validar un cuestionario para registrar el capital psicológico en docentes universitarios mexicanos mediante el análisis factorial confirmatorio (AFC), y confiabilidad con el coeficiente Alfa de Cronbach. Participaron 292 profesores universitarios. Los resultados mostraron validez de constructo e índices de bondad de ajuste apropiados. Respecto a la consistencia interna, se observa que son adecuados para las dimensiones de resiliencia, optimismo y esperanza, excepto en autoeficacia.

Introducción

El capital psicológico emerge dentro del marco del comportamiento organizacional positivo (POB, por sus siglas en inglés). Bajo esta postura, se reconoce que su estudio debe cumplir. En primer lugar, se requiere sustentar una teoría y su aplicabilidad mediante investigación científica. Segundo, se debe contar con indicadores mesurables, considerados como estados de desarrollo (*state-like*); es decir, que se pueden potencializar en las personas. Y, por último, tener un impacto en el desempeño laboral como criterio externo (Luthans, 2002). Asimismo, para finales de la última década del siglo xx, se orientó hacia el paradigma de la psicología positiva (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000), enfocando el estudio científico en la comprensión de las fortalezas humanas, en conocimiento de lo “normal”, en el bienestar y en la productividad de las personas, los grupos y las organi-

zaciones, de tal forma que se aparte la perspectiva psicopatológica (Luthans y Youssef, 2004; Luthans y Youssef, 2017; Luthans, 2011).

Con la perspectiva salutogénica, el constructo de capital psicológico se define como un proceso positivo que hace referencia a las capacidades psicológicas de las personas. Se caracteriza por su apertura y flexibilidad, denominados como “estados” (*state-like*), que se diferencian de los rasgos de personalidad porque no resultan fijos, sino que pueden mantenerse relativamente estables en el tiempo. Estas capacidades son abiertas al cambio y pueden desarrollarse en los trabajadores con intervenciones para aumentar la autoeficacia, el optimismo, la resiliencia y la esperanza, permitiendo identificar su eficacia en términos objetivos. Los recursos psicológicos que conforman el constructo de capital psicológico: autoeficacia (*efficacy*), optimismo (*optimism*), esperanza (*hope*) y resiliencia (*resilience*) se expresan en la literatura científica como HERO por sus siglas en inglés (Luthans y Youssef, 2004; Luthans y Youssef, 2017).

El capital psicológico se constituye por cuatro dimensiones: 1) la autoeficacia, es decir, la capacidad para realizar el esfuerzo necesario, movilizar la motivación y los recursos para accionar y ejecutar con éxito sus actividades, dimensión con respaldo científico respecto a su impacto positivo en las organizaciones (Chen *et al.*, 2018; Hu *et al.*, 2022; Peng *et al.*, 2022); 2) el optimismo, atribución positiva del ahora y el futuro que implica una explicación o atribución negativa a eventos externos o específicos de una situación, permitiendo atribuirse eventos favorables a sí mismo, aumentando la autoestima y la motivación, además de alejar situaciones desfavorables, lo que protege de la depresión, la culpa y la desesperación; 3) la esperanza, perseverar hacia los objetivos; y 4) la resiliencia, la capacidad de recuperarse y sostenerse para lograr el éxito ante eventos adversos, incertidumbre o incluso cambios positivos, pero que conllevan mayores responsabilidades, acompañado de la habilidad para improvisar y adaptarse (Luthans *et al.*, 2007; Luthans y Youssef, 2004).

La dimensión de autoeficacia se sustenta en la teoría de Bandura. Es conceptualizada como la creencia que tienen las personas sobre su propia capacidad para movilizar los recursos y cumplir los objetivos en determinada situación. La autoeficacia se origina a partir de la experiencia directa, la experiencia vicaria, la persuasión verbal y los estados fisiológicos o emocionales que influyen en la percepción del juicio sobre sus fortalezas, vulnerabilidad y capacidad de adaptación (Bandura, 1995).

El optimismo se define como un estilo explicativo atribucional que interpreta las situaciones positivas como internas, estables y globales, y las negativas como externas, inestables y específicas (Peterson y Seligman, 1984).

La esperanza se conceptualiza bajo la teoría cognitiva y se constituye como: a) los objetivos, lo que otorga el componente cognitivo porque son la consecuencia de la acción mental (Snyder, 2000); b) los pensamientos sobre las alternativas (*pathways thinking*), en el que las personas son capaces de generar rutas convenientes y factibles; c) el pensamiento de agencia (*agency thinking*), que representa el mecanismo de motivación para encaminarse en las rutas generadas, indica cómo podría iniciar, avanzar y continuar sobre

ese mismo camino; es decir, se refiere al efecto motivacional que impulsa a las personas en el trayecto e incluye la percepción o valoración de que puede comenzar y preservar en su ruta (Snyder y López, 2002).

El componente de resiliencia en el capital psicológico sugiere la habilidad del individuo para adaptarse a una situación adversa, superarla y reinterpretarla; es decir, se considera resiliente cuando ha experimentado situaciones difíciles y continúa manifestando respuestas orgánicas y psicológicas adaptativas frente al estrés, involucrando proceso de aprendizaje, memoria y reorganización (Montes y Urteaga, 2018). Las investigaciones empíricas encuentran una relación inversa del capital psicológico con el síndrome de *burnout*, el bienestar, el estrés y el agotamiento físico y mental (Fernández-Valera *et al.*, 2021; Gómez *et al.*, 2017; Li *et al.*, 2018; Tian *et al.*, 2020), además de ser una variable mediadora para afrontar o disminuir los síntomas de depresión (Baezzat *et al.*, 2017; Hao *et al.*, 2015; Shen *et al.*, 2014). De la misma manera, se ha observado la capacidad predictiva del capital psicológico respecto al bienestar y la satisfacción, así como efectos en la motivación, el compromiso laboral y el desempeño (Vizoso-Gómez, 2020).

A partir de la definición del constructo de capital psicológico, Luthans *et al.* (2007) diseñaron el Psychological Capital Questionnaire, que se considera como un instrumento, conformado por 24 ítems distribuidos equitativamente en cuatro factores (PCQ-24). Además, se cuenta con una versión de 12 ítems (PCQ-12) y cuatro dimensiones (Luthans, 2015).

El PCQ-12 fue validado por Wersing (2014) con una muestra en 12 países, quien encontró diferencias de ajuste y fiabilidad entre cada uno. El estudio reporta un instrumento con nueve ítems, permitió eliminar la dimensión de esperanza y dos ítems de optimismo. Por su parte, López *et al.* (2018) realizaron un análisis confirmatorio en trabajadores españoles e indicaron un modelo de cuatro factores correlacionados. A su vez, presentaron un ítem con carga factorial baja, lo que se asocia a diferencias culturales. Estos resultados coinciden con Santana-Cardenas *et al.* (2018), donde las propiedades psicométricas indican un modelo de cuatro factores correlacionados y una estructura diferente a la habitual. En el caso de la versión de 24 ítems, fue adaptada para población española por Azanza *et al.* (2014) y presentó alta fiabilidad, así como validez convergente y discriminante. Asimismo, se han construido nuevas escalas para medir el capital psicológico. Por ejemplo, el instrumento CAPPSI de Omar *et al.* (2014) ofrece una escala para medir el capital psicológico en empleados argentinos. Su desarrollo se confirma a partir de la revisión bibliográfica, cuyos ítems se sometieron a evaluación de juicio de expertos y posteriormente se realiza su aplicación como pilotaje. Con el análisis de la validez factorial exploratoria y confirmatoria, queda el instrumento integrado por 16 ítems distribuidos en cuatro factores: autoeficacia ($\alpha = .79$), esperanza ($\alpha = .87$), resiliencia ($\alpha = .84$) y optimismo ($\alpha = .91$).

Por otro lado, Delgado y Mañas (2019) construyen el instrumento denominado Ipsicap-24, también a partir de la revisión bibliográfica. Con 24 ítems distribuidos en cuatro dimensiones (esperanza, optimismo, resiliencia y autoeficacia). La validez del constructo se estimó mediante un análisis factorial exploratorio con 683 participantes y un análisis factorial confirmatorio con 702 individuos. Para el análisis factorial exploratorio, se apli-

caron los 36 ítems originales, después de un proceso de eliminación quedó confirmado con 24 ítems. Posteriormente, se utilizó el análisis de componentes principales con el método de rotación Oblimin y normalización Kaiser, con cuatro factores fijos que en total explican 46.12% de la varianza. Respecto al análisis factorial confirmatorio, se obtuvo un modelo que conserva la estructura del constructo de capital psicológico y muestra adecuadas propiedades psicométricas para ser utilizado en investigación y evaluación del capital psicológico en trabajadores colombianos.

Como se reconoce, el constructo de capital psicológico instituido por Luthans *et al.* (2007) ha sido medido con diversas escalas, lo que favorece controversias en los resultados debido a las características culturales que distinguen a los grupos en diferentes países. Además, se reporta distinta estructura factorial, relacionada con su conceptualización e influencia por variables culturales, del entorno y organizacionales (Wernsing, 2014). Aunque otros instrumentos se generan en diversas poblaciones como en Argentina (Omar *et al.*, 2014) y Colombia (Delgado y Mañas (2019), actualmente no se encuentran estudios que demuestren que las características psicométricas del cuestionario capital psicológico sean similares en población mexicana.

Por tanto, el siguiente trabajo tuvo como objetivo aportar evidencia de validez de constructo y consistencia interna para la escala de capital psicológico (Ipsicap-24) de Delgado y Mañas (2019).

Método

Tipo de investigación instrumental con diseño transversal.

Participantes

El tipo de muestreo fue no aleatorio, por conveniencia. Se trabajó con una muestra de 292 profesores de universidades públicas y privadas; 54.8% mujeres y 45.2%, hombres. El 7.2% reportó edad entre 22 y 29 años ($n = 21$); 32.9%, de 30 a 39 años ($n = 96$); 25.3%, de 40 a 49 años ($n = 74$); y 34.6%, más de 49 años ($n = 101$). Respecto a la formación académica, se encontró que 14% tenía nivel licenciatura ($n = 41$); 56.5%, nivel de maestría; y 29.1%, nivel de doctorado. Respecto al tipo de contrato, 72.3% señaló tiempo completo y 27.4% como auxiliar.

Instrumento

Se utilizó la escala de evaluación del capital psicológico Ipsicap-24 de Delgado y Mañas (2019), que está conformada por 24 ítems, y se distribuyen en cuatro dimensiones: autoeficacia (4 ítems), esperanza (7 ítems), resiliencia (6 ítems) y optimismo (7 ítems) y seis opciones de respuesta tipo Likert, que van desde completamente en desacuerdo hasta completamente de acuerdo.

Procedimiento

En primer lugar, se realizó el consentimiento informado en el que se establece la confidencialidad y participación voluntaria. Después, se gestionó la autorización del proyecto ante el comité de ética institucional. A continuación, se contactó con autoridades académicas de universidades públicas y privadas para la aplicación del instrumento correspondiente. Por último, los datos descriptivos y el índice de Alfa de Cronbach se analizaron con el paquete estadístico SPSS y el análisis factorial confirmatorio se efectuó en el software estadístico Analysis of Moment Structures (AMOS) versión 21.

Se calculó el índice de consistencia interna (Alfa de Cronbach) para cada una de las dimensiones y para la escala total. Según Cortina (1993), el valor mínimo aceptable de Alfa de Cronbach es 0.70 y el valor esperado es 0.90. Además, los índices de ajuste analizados que se consideraron fueron el índice de bondad de ajuste absoluto de Chi cuadrada (χ^2), el error de aproximación cuadrático medio (RMSEA), residuo cuadrático medio (SRMR), índice de bondad de ajuste comparativo (CFI) e índice de bondad de ajuste (GFI). De acuerdo con los criterios de Hu y Bentler (1999), se contempla un valor entre .05 y .08 para el índice RMSEA y valores por arriba de .90 para los índices CFI y GFI.

Resultados

La Tabla 1 muestra el coeficiente de consistencia interna con el estadístico Alfa de Cronbach para cada dimensión del instrumento capital psicológico: autoeficacia (.483), esperanza (.856), resiliencia (.771) y optimismo (.645), además de su índice de fiabilidad total (.883). Los resultados señalan índices aceptables, excepto para la dimensión de autoeficacia, ya que un valor por debajo de 0.70 se considera bajo.

Tabla 1. *Índices de fiabilidad*

	Alfa de Cronbach
Esperanza	.856
Optimismo	.645
Resiliencia	.771
Autoeficacia	.483
Alfa de Cronbach total	.883

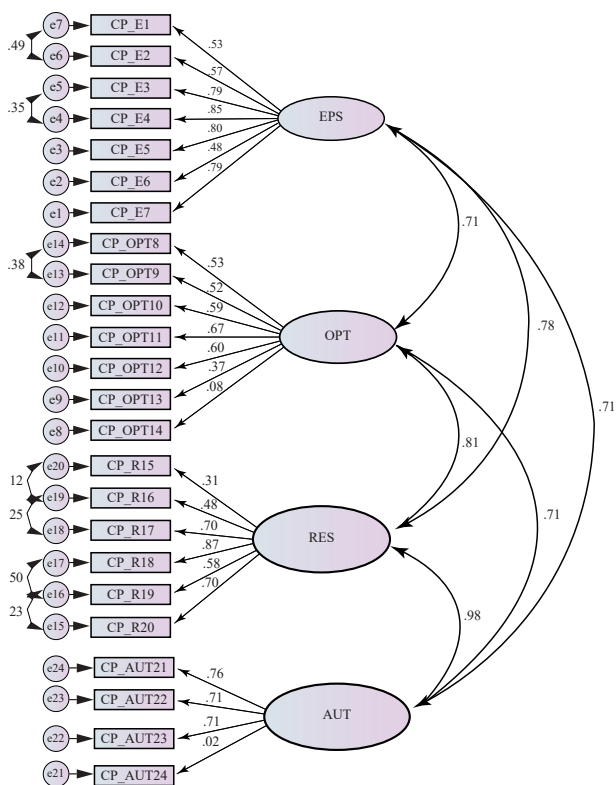
Con el propósito de confirmar la estructura del constructo de capital psicológico, se realizó un análisis factorial confirmatorio. La Tabla 2 muestra los resultados; el índice de bondad de ajuste absoluto de Chi cuadrada ($\chi^2 = 1.643$), el error de aproximación cuadrático medio (RMSEA = .047) y el residuo cuadrático medio (SRMR) fueron adecuados.

Asimismo, para las medidas de ajuste incremental: índice de bondad de ajuste comparativo (CFI = .946) e índice de bondad de ajuste (GFI = .902) resultan apropiados.

Tabla 2. *Índices de ajuste del modelo de medida*

Modelo	χ^2	SRMR	RMSEA	CFI	GFI
1	1.643	.0516	.047	.946	.902

Gráfico 1. *Modelo de medida de capital psicológico*



Discusión

El objetivo del presente estudio fue examinar la validez de constructo del instrumento del capital psicológico Ipscap-24 y el coeficiente de consistencia interna. Para llevar a cabo la validez de constructo, se realizó un análisis factorial confirmatorio y los resultados demuestran índices aceptables y cumplen con los criterios de bondad de ajuste, lo que resulta consistente con lo reportado en la estructura original (Delgado y Mañas, 2019). Respecto al coeficiente de confiabilidad, son similares a los informados por Delgado y Mañas (2019), adecuados para cada una de las dimensiones y para la escala total. No obstante, en este estudio se observa un índice de consistencia interna bajo para el factor de autoeficacia. En relación con las limitaciones de este estudio, se encuentra el tamaño de muestra, por lo que se recomienda manejar con cautela la generalización de resultados. Para futuros estudios, se sugiere ampliar la muestra, además de garantizar la validez de contenido a través del juicio de expertos.

Referencias

- Álvarez, F. T. (2019). Propuesta de intervención para desarrollo del capital psicológico. *Revista Interamericana de Psicología Ocupacional*, 38(2), 115-126.
- Azanza, G., Domínguez, Á. J., Moriano, J. A., & Molero, F. J. (2014). Capital psicológico positivo. Validación del cuestionario PCQ en España. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 30(1), 294-301. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.1.153631>.
- Baezzat, F., Mirmostafae, M., Akbari, A., & Abbasi-Asl, R. (2017). Causal model for depression based on psychological capital by mediating of hospital stress and anxiety in woman nurses. *Women's Health Bulletin*, 4(4), 1-8.
- Bandura, A. (1995). Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. In A. Bandura (Ed.), *Self-Efficacy in Changing Societies* (pp. 1-45). Cambridge: Cambridge University Press. Doi:10.1017/CBO9780511527692.003.
- Chen, Q., Kong, Y., Niu, J., Gao, W., Li, J., & Li, M. (2019). How Leaders' Psychological Capital Influence Their Followers' Psychological Capital: Social Exchange or Emotional Contagion. *Frontiers in Psychology*, 10, 1578. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01578>.
- Cortina, J. M. (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology*, 78(1), 98-104. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.78.1.98>.
- Delgado, L., & Mañas, M. (2019). Propiedades psicométricas del Instrumento para evaluar capital psicológico en las Organizaciones Ipsicap-24. *Universitas Psychologica*, 18(5), 1-15.
- Fernández-Valera, M. M., Sanchez-Soler, M. I., & Meseguer de Pedro, M. (2021). Burnout, salud y capital psicológico: un acercamiento desde la teoría de la conservación de recursos. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 13(3), 181-188.

- Gómez, G. E., Meneses, A. C., & Palacio, M. C. (2017). La satisfacción laboral y el capital psicológico: factores que influyen en el síndrome de burnout. *Ansiedad y Estrés*, 23(2-3), 71-75.
- Hao, J., Wu, D., Liu, L., Li, X., & Wu, H. (2015). Association between work-family conflict and depressive symptoms among Chinese female nurses: The mediating and moderating role of psychological capital. *IJERPH*, 12(6), 6682-6699.
- Hu, L.-t., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1-55.
- Hu, W., Xu, Y., Zhao, F., & Chen, Y. (2022). Entrepreneurial Passion and Entrepreneurial Success. The Role of Psychological Capital and Entrepreneurial Policy Support. *Frontiers in Psychology*, 13, 792066.
- Li, Y. (2018). Building well-being among university teachers: The roles of psychological capital and meaning in life. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 27(5), 594-602.
- López, M. I., de Jesús, S. N., Viseu, J., & Santana, S. (2018). Capital psicológico de los trabajadores en España. Análisis factorial confirmatorio del PCQ-12. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 3(48), 67-79
- Luthans, F. (2002). Positive organizational behavior: Developing and managing psychological strengths. *Academy of Management Executive*, 16, 57-72.
- Luthans, F. (2011). *Organizational Behaviour*. McGraw-Hill.
- Luthans, F., & Broad, J. D. (2022). Positive psychological capital to help combat the mental health fallout from the pandemic and VUCA environment. *Organizational Dynamics*, 51(2), 100817. <https://doi.org/10.1016/j.orgdyn.2020.100817>.
- Luthans, F., & Youssef, C. M. (2004). Human, social, and now positive psychological capital management: Investing in people for competitive advantage. *Published in Organizational Dynamics*, vol. 33, no. 2 (2004), pp. 143-160. doi 10.1016/j.orgdyn.2004.01.003.
- Luthans, F., & Youssef, C. (2017). Psychological capital: An evidence-based positive approach. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 4, 339-366.
- Luthans, F., Youssef, C., & Avolio, B. (2007). *Psychological Capital: Developing the Human Competitive Edge*. Oxford University Press.
- Luthans, F., Youssef-Morgan, C. M., & Avolio, B. J. (2015). *Psychological capital and beyond*. Oxford University Press.
- Montes, C., & Urteaga, E. (2018). Plasticidad sináptica como sustrato de la resiliencia [Synaptic plasticity as a substrate of resilience]. *Revista de Neurología*, 67(11), 453-460.
- Omar, A., Salessi, S., & Urteaga, F. (2014). Diseño y validación de la escala CapPsi para medir capital psicológico. *Liberabit*, 20(2), 315-323.

- Peng, C., Xue, K., Tian, Y., Zhang, X., Jing, X., & Luo, H. (2022). Organizational Emotional Capability Perspective: Research on the Impact of Psychological Capital on Enterprise Safety Performance. *Frontiers in Psychology*, 13, 854620.
- Peterson, C., & Seligman, M. (1984). Causal explanation as a risk factor in depression: Theory and evidence. *Psychological Review*, 91, 347-374. doi:10.1037//0033-295X.91.3.347.
- Santana-Cardenas, S., Viseu, J., López Núñez, M. I., & Neves de Jesús, S. (2018). Validity and reliability evidence of the Psychological Capital Questionnaire-12 in a sample of Mexican workers. *Anales de Psicología*, 34(3), 562-570.
- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000) Psicología positiva: una introducción. *Am. Psychol.* 55 (1): 5-14.
- Shen, X., Yang, Y. L., Wang, Y., Liu, L., Wang, S., & Wang, L. (2014). The association between occupational stress and depressive symptoms and the mediating role of psychological capital among Chinese university teachers: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 14(1), 329.
- Snyder, C. R. (2000). *Handbook of hope. Theory, measures and applications*. Academic Press.
- Snyder, C. R., & López, S. J. (2002). *Handbook of positive psychology*. Oxford University Press.
- Tian, F., Shu, Q., Cui, Q., Wang, L., Liu, C., & Wu, H. (2020). The Mediating Role of Psychological Capital in the Relationship Between Occupational Stress and Fatigue: A Cross-Sectional Study Among 1,104 Chinese Physicians. *Frontiers in Public Health*, 8.
- Vizoso-Gómez, C. (2020). Caracterización del capital psicológico en el profesorado: una revisión sistemática. *Estudios sobre Educación*, 39, 267-295.
- Wernsing, T. (2014). Psychological capital: A test of measurement invariance across 12 national cultures. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 21(2), 179-190.

DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UNA ESCALA DE PERCEPCIÓN DE RIESGO HACIA EL ACOSO SEXUAL CALLEJERO PARA POBLACIÓN MEXICANA

*María José Caballero García**
*Carlos Alberto Mirón Juárez**
*Eneida Ochoa Avila**
*Santa Magdalena Mercado Ibarra**
*Instituto Tecnológico de Sonora**

Resumen

Debido a que existe una alta incidencia de violencia hacia las mujeres en el ámbito público y muy pocos instrumentos psicométricos que lo evalúen, se tiene como objetivo diseñar y validar un instrumento de percepción del riesgo hacia el acoso sexual callejero, ello reconociendo que este factor resulta esencial para estudiar y explicar los fenómenos sociales que manifiestan inseguridad en los individuos, esto a partir de la literatura recopilada sobre la teoría para medir la percepción de riesgo. La muestra estuvo constituida por 318 mujeres y la media de edad fue de 22.19 (DS = 3.76). El análisis se realizó a través del modelo Rasch y Análisis Factoriales Exploratorios. Se obtuvieron valores de INFIT y OUTFIT adecuados para cada reactivo, así como índices aceptables en el AFE. Se reconoce así que las escalas son confiables y válidas para su aplicación en población mexicana, a reserva de una revisión posterior de dos reactivos con bajos valores de discriminación empírica.

Introducción

Las bases de datos de México y las diferentes encuestas públicas que se han realizado para conocer la situación de violencia manifestada en el país (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2019; Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública [ENVIPE], 2019; Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares [ENDIREH], 2016) muestran que la violencia que las mujeres sufren es progresiva, evidente y muchas veces distinguible de la que es ejercida hacia el sexo opuesto, pues esta última no suele llevar consigo una connotación de tipo sexual a diferencia de la que padecen las mujeres (INEGI, 2019; ENVIPE, 2019; ENDIREH, 2016).

Kearl (2010), por otro lado, durante su trayectoria estudiando el tema de Acoso Sexual Callejero (ASC), sostiene que éste es un problema a nivel global. En 2010, realizó una encuesta informal con un total de 900 participantes conformada por mujeres y hombres de 23 países y 45 estados, donde encontró que 80% de las mujeres sufrió algún tipo de ASC por parte de extraños, 75% de ellas alguna vez fue perseguida, más de 50% indicó haber sido tocada y más de 33% reveló haber presenciado masturbación frente a ellas por parte de extraños.

En México, existen datos que demuestran la prevalencia de las mujeres a sufrir distintos tipos de violencia en el área comunitaria, donde se identifica que el principal tipo es el sexual, ya que representa 34.3% (ENDIREH, 2016). En el mismo contexto de área pública, esta encuesta (ENDIREH, 2016) demuestra que los espacios donde más se presenta la violencia son las calles y parques, seguido del transporte público y los centros comerciales.

Las prácticas del ASC generalmente tienen una connotación de tipo sexual y hacen referencia, aunque sea de forma implícita, a partes o comportamientos sexuales, son recibidas por personas desconocidas y ocurren en espacios públicos o semipúblicos (Arancibia *et al.*, 2015).

Por otro lado, se ha estudiado frecuentemente la presencia de la variable de percepción de riesgo en distintos escenarios de inseguridad que representan amenazas para algunos individuos, y se nota el mismo patrón de respuestas (Chávez *et al.*, 2018; Van der Linden, 2014; Lima, 2004; Lopez-Vazquez y Marvan, 2003). Es debido a este escenario de inseguridad que representa un problema para las mujeres que se estima la posible manifestación de percepción de riesgo hacia el ASC. Desde la teoría de la percepción del riesgo, es posible explicar esta asociación al fungir como marco de análisis donde se asocia a fenómenos relacionados con la inseguridad y procesos cognitivos que permiten interpretar dichos escenarios de riesgo (Sjöberg *et al.*, 2004).

Por ello, para evaluar la percepción de riesgo en sus distintos escenarios es importante tener en cuenta que a este juicio de riesgo lo constituyen dos componentes: el cognitivo y el afectivo (Slovic *et al.*, 2004). El componente cognitivo hace referencia al aspecto de juicio de “probabilidad” de que suceda un evento catastrófico o una lesión y a la “gravedad” que representa para el individuo la exposición a dicho evento (Kouabenan *et al.*, 2015). Según Rundmo (2000), el componente afectivo de la percepción de riesgo se puede estimar sobre en qué medida se siente inseguro o preocupado al pensar en esa fuente y afirma que “el componente emocional de la percepción del riesgo es un fuerte predictor de las evaluaciones racionales” (p. 56).

Por otro lado, durante la revisión de la literatura sobre ASC se encontró que la mayoría de las investigaciones sobre el tema optan por un diseño cualitativo, por lo que se reconoce una falta de estudios cuantitativos y, por ende, de escalas que permitan analizar este fenómeno en población mexicana.

Debido a la inexistencia de una escala de percepción de riesgo en el contexto de ASC y reconociendo que este factor es muy importante para estudiar y explicar los fenómenos sociales que manifiestan inseguridad en los individuos, se toma como objetivo diseñar y evaluar las propiedades psicométricas de una escala de percepción de riesgo hacia el ASC a partir de la literatura recopilada sobre la teoría y la metodología utilizada en otros estudios del tema.

Metodología

El presente es un estudio no experimental transaccional de enfoque psicométrico, el cual tiene como objetivo diseñar y evaluar las características psicométricas de una escala para medir percepción del riesgo hacia el acoso sexual callejero.

Muestra

Debido a que estas prácticas tienen como foco sobre todo a mujeres jóvenes, con un perfil ocupacional de estudiantes; es decir, el perfil de aquellas mujeres que más se desplazan por la ciudad (Vallejo y Rivarola, 2013) se obtuvo, mediante un muestreo no probabilístico, una muestra de 318 mujeres de entre 15 y 35 con una media de edad de 22.19 ($DS = 3.78$) habitantes del sur de Sonora.

Instrumentos

Percepción de riesgo probabilidad y gravedad

Para esta escala, se diseñaron reactivos dirigidos a la medición de estimación de “probabilidad” y la “gravedad” en el contexto del riesgo de sufrir acoso sexual callejero, dicho acercamiento pertenece al componente cognitivo planteado en la teoría psicométrica de percepción del riesgo (Slovic *et al.*, 1981; Finn y Brag (1986). A partir de un procedimiento de traducción por tres jueces expertos, se utilizaron como base los escenarios de la escala Sexual Harassment Experiences de Lahsaeizadeh y Yousefinejad (2012) en una escala Likert de cinco puntos que va de “nada probable” a “muy probable” y “nada grave” a “muy grave”. La escala se compuso de 13 reactivos que retomaron escenarios de acoso visual, acoso verbal, seguimiento y acoso por contacto (Lahsaeizadeh y Yousefinejad, 2012).

Escala de miedo

Para el componente afectivo, se estructuró una escala para medir el miedo y su intensidad en las mujeres al exponerse a distintos acontecimientos, los cuales se construyeron a partir de los escenarios recopilados en la literatura sobre ASC. Al considerarse el miedo como un factor afectivo, se optó por medir tal emoción retomando el componente de “intensidad” utilizado en la Escala de Bienestar Subjetivo (BS) de Anguas-Plata y Reyes-Lagunes (1998). Se les indicó que señalaran la intensidad con la que sentían miedo en distintos escenarios referentes al ASC en una escala Likert de cinco puntos que va de “nada” a “mucho”.

Procedimiento

El protocolo de investigación se sometió a evaluación ante el Comité Institucional de Ética, con el fin de contar con su aprobación y aval para cumplir con los requisitos éticos perti-

nentes para continuar con la investigación, así como validar el consentimiento informado que se brindaría a los participantes, el cual “permite garantizar la autonomía, la autodeterminación y el respeto a los individuos involucrados en el proceso de investigación científica o que reciban atención médica” (Cañete *et al.*, 2012, p. 122).

Aprobados los instrumentos, se llevó a cabo el levantamiento de datos. Se realizó contacto con las participantes mediante plataformas digitales como Facebook, Instagram y WhatsApp para la aplicación de los instrumentos psicométricos en formato Google Forms, debido a la contingencia actual, a que permite un fácil acceso a un público amplio y tiene una alta compatibilidad con todo tipo de equipos (Varela *et al.*, 2019).

Una vez obtenidos los datos, se procedió a analizar cada escala desde el enfoque de la Teoría de Respuesta al Ítem a través del modelo de respuesta graduada (Abad *et al.*, 2006) para identificar índices de calibración de cada reactivo en su –Medida– y el ajuste interno –INFIT– y externo –OUTFIT– de cada uno considerando el rango aceptable de .5 a 1.5. Asimismo, se obtuvieron índices de correlaciones punto biserial para cada reactivo –PTBIS–, esperando valores positivos (González-Montesinos, 2008).

A fin de identificar la validez de constructo de cada escala, se procedió a un análisis factorial exploratorio (AFE), lo anterior debido a que no se pueden asumir estructuras factoriales de escalas nuevas (Izquierdo *et al.*, 2014). El índice Kaiser-Meyer-Olking (κ_{MO}) y la prueba de esfericidad de Bartlett se obtuvieron como análisis previos para la adecuación del AFE (George y Mallery, 2003).

Resultados

Para la escala de percepción del riesgo por probabilidad, se encontró que la media de la –Medida– de escala es de .00 con una desviación estándar de 1.03. El índice de separación de reactivo es de 11.36. Asimismo, se estimó que la fiabilidad global de la escala fue de .83.

Los ítems ordenados en función de la –Medida– estimada se pueden observar en la Tabla 1, donde se indica que todos los reactivos mostraron valores de INFIT y OUTFIT de .05 a 1.5 a excepción del reactivo 05, el cual se refiere a la probabilidad estimada de que traten de obtener insistentemente tu información de contacto (teléfono, Whatsapp, Facebook, etc.). Asimismo, se observaron correlaciones punto biserial positivas para todos los reactivos e índices de discriminación adecuados a excepción del reactivo 05, el cual tiene una subdiscriminación de .4.

Tabla 1. *Estadígrafos de medida, ajuste, correlación y discriminación de los reactivos de la escala de percepción de riesgo-probabilidad*

Reactivo	Medida	INFIT	OUTFIT	Correlación Punto Biserial	Discriminación Empírica
PercepRiesgProbASC_13	1.56	1.01	0.9	0.71	1.06
PercepRiesgProbASC_11	0.84	0.83	1.03	0.78	1.17
PercepRiesgProbASC_10	0.83	0.79	0.82	0.8	1.26
PercepRiesgProbASC_03	0.43	0.88	0.86	0.79	1.16
PercepRiesgProbASC_05	0.31	1.51	1.65	0.64	0.4
PercepRiesgProbASC_09	0.25	1.01	0.96	0.76	1
PercepRiesgProbASC_08	0.08	0.9	0.85	0.79	1.16
PercepRiesgProbASC_07	0.03	1.01	1.09	0.76	0.96
PercepRiesgProbASC_12	-0.1	1.14	1.18	0.73	0.84
PercepRiesgProbASC_06	-0.63	1.09	1.11	0.73	0.93
PercepRiesgProbASC_01	-0.84	0.91	0.87	0.76	1.09
PercepRiesgProbASC_04	-1.3	1.1	1.21	0.7	0.93
PercepRiesgProbASC_02	-1.46	0.91	1.3	0.71	1.06

Para la escala de percepción de gravedad, se encontró que la media de la –Medida– de la escala fue de .01 con una desviación estándar de 1.02. El índice de separación de reactivo es de 2.84. Asimismo, se estimó que la fiabilidad global de la escala fue de .89.

Los ítems ordenados en función de la medida estimada se pueden observar en la Tabla 2, donde se indica que todos los reactivos mostraron valores de INFIT y OUTFIT de .05 a 1.5 a excepción del reactivo 13, el cual se refiere a la gravedad estimada de que un hombre se exponga indecentemente frente a ellas (por ejemplo, exponer los genitales), por lo cual se sugiere descartar tal reactivo debido a su baja productividad. Los valores obtenidos en las correlaciones punto biseriales resultaron positivos y aceptables para todos los reactivos, estableciéndose, con esto, una relación suficiente entre sí, lo que sugiere la unidimensionalidad de la escala.

Los valores de discriminación empírica en todos los reactivos muestran valores aceptables, el más bajo fue .44, que se refiere al reactivo 05. Con esta excepción, todos los reactivos muestran valores cercanos a la media, lo que sugiere que, en conjunto, cumplen con los requisitos del modelo de Rasch para determinar la unidimensionalidad de la escala.

Tabla 2. Estadígrafos de medida, ajuste, correlación y discriminación de los reactivos de la escala de percepción de riesgo-gravedad

Reactivo	Medida	INFIT	OUTFIT	Correlación Punto Biserial	Discriminación Empírica
PercepRiesgGravASC_01	0.59	1.07	1.02	0.72	0.93
PercepRiesgGravASC_05	0.44	1.47	1.51	0.63	0.44
PercepRiesgGravASC_04	0.28	1.28	1.33	0.61	0.67
PercepRiesgGravASC_02	0.04	1.18	1.26	0.63	0.77
PercepRiesgGravASC_07	0.02	0.74	0.62	0.83	1.25
PercepRiesgGravASC_03	-0.01	0.69	0.63	0.85	1.29
PercepRiesgGravASC_12	-0.02	1.02	1.06	0.79	0.96
PercepRiesgGravASC_13	-0.03	0.84	2.57	0.79	0.98
PercepRiesgGravASC_10	-0.07	0.74	0.64	0.83	1.09
PercepRiesgGravASC_06	-0.2	1	0.96	0.72	1.02
PercepRiesgGravASC_11	-0.25	0.78	0.73	0.82	1.09
PercepRiesgGravASC_09	-0.38	0.54	0.47	0.85	1.13
PercepRiesgGravASC_08	-0.41	0.62	0.8	0.85	1.11

En la escala de miedo al acoso sexual callejero, se encontró que la media de la –Medida– de la escala fue de .03 con una desviación estándar de .96. El índice de separación de reactivo es de 9.20. Asimismo, se estimó que la fiabilidad global de la escala fue de .86.

Los ítems ordenados en función de la medida estimada se pueden observar en la Tabla 3, donde se indica que todos los reactivos mostraron valores de INFIT y OUTFIT de .05 a 1.5. Los valores obtenidos en las correlaciones punto biserial resultaron positivos y aceptables para todos los reactivos, estableciendo una relación suficiente entre sí, lo que sugiere la unidimensionalidad de la escala.

Los valores de discriminación empírica en todos los reactivos muestran valores aceptables, el más bajo fue .51 y .76. Los reactivos en su totalidad muestran valores cercanos a la media, lo que sugiere que, en conjunto, cumplen con los requisitos del modelo de Rasch para determinar la unidimensionalidad de la escala. Se sugiere que los reactivos no cercanos a la media no son suficientemente afines a la dimensión, advirtiendo su baja productividad en la escala.

Tabla 3. *Estadígrafos de medida, ajuste, correlación y discriminación de los reactivos de la escala de miedo*

Reactivo	Medida/ Afinidad	INFIT	OUTFIT	Correlación Punto Biserial	Discriminación Empírica
MiedoASC_05	1.63	1.39	1.39	0.54	0.51
MiedoASC_06	1.33	1.04	1.01	0.66	0.96
MiedoASC_03	0.34	1.24	1.3	0.62	0.76
MiedoASC_08	0.21	1.11	1	0.67	0.96
MiedoASC_1	0	1.01	0.96	0.69	1.03
MiedoASC_09	-0.38	0.79	0.54	0.75	1.18
MiedoASC_02	-0.44	1.01	1.01	0.68	1.01
MiedoASC_07	-0.58	0.73	0.45	0.74	1.17
MiedoASC_10	-0.98	0.68	0.88	0.71	1.13
MiedoASC_04	-1.12	0.72	0.64	0.73	1.17

Para los análisis de validez, se llevó a cabo un AFE de la escala de percepción de probabilidad, se retoman los reactivos a excepción del reactivo 05 al no cumplir los criterios de ajuste en el análisis de Rasch. Con un índice de .924 en la prueba KMO, junto con una aproximación de Chi cuadrada de 3213.852 con 66 grados de libertad, una significancia de .000 según la prueba de esfericidad de Bartlett, se procedió a rotar la matriz con el método varimax y se obtuvo un solo factor que explicó 63.1% de la varianza (Tabla 4).

Tabla 4. *Matriz de componentes rotados de la escala de percepción de riesgo-probabilidad*

	Componente
	1
PercepRiesgProbASC_10	.836
PercepRiesgProbASC_3	.834
PercepRiesgProbASC_8	.832
PercepRiesgProbASC_11	.820
PercepRiesgProbASC_7	.808
PercepRiesgProbASC_9	.807
PercepRiesgProbASC_1	.806
PercepRiesgProbASC_12	.776
PercepRiesgProbASC_13	.763
PercepRiesgProbASC_6	.756
PercepRiesgProbASC_2	.754
PercepRiesgProbASC_4	.737
Porcentaje de varianza explicada	63.1%

En lo que respecta a la escala de gravedad, se eliminó el ítem 13 para el AFE, debido a la falta de productividad observada en el análisis Rasch, en el AFE con rotación varimax donde se obtuvo .919 en la prueba KMO junto con una aproximación de Chi cuadrada de 4158.314 con 66 grados de libertad, una significancia de .000 según la prueba de esfericidad de Bartlett, se observó un solo factor con una varianza total explicada de 64.5% (Tabla 5).

Tabla 5. *Matriz de componentes rotados de la escala de percepción de riesgo-gravedad*

	Componente
	1
PercepRiesgGravASC_3	.882
PercepRiesgGravASC_9	.871
PercepRiesgGravASC_7	.871
PercepRiesgGravASC_8	.865
PercepRiesgGravASC_10	.847
PercepRiesgGravASC_11	.841
PercepRiesgGravASC_12	.820
PercepRiesgGravASC_6	.777
PercepRiesgGravASC_1	.774
PercepRiesgGravASC_2	.689
PercepRiesgGravASC_5	.685
PercepRiesgGravASC_4	.672
Porcentaje de varianza explicada	64.5%

Para la escala de miedo al ASC, el determinante de la matriz de correlaciones arroja un valor cero, lo que indica que el grado de intercorrelación de las variables es muy alto. Este valor es confirmado por la significatividad asociada al test de esfericidad de Bartlett que es 0.000, por lo que se puede rechazar la hipótesis nula de incorrelación entre variables (López-Aguado y Gutiérrez-Provecho, 2019). También el KMO arroja un valor de 0.90, por lo que, según este indicador, la matriz de datos resulta apropiada para realizar sobre ella la factorización (López-Aguado y Gutiérrez-Provecho, 2019). El AFE arrojó dos componentes para la escala explicando el 68.1% de la varianza total (Tabla 6).

Tabla 6. *Matriz de componentes rotados de la escala de miedo*

	Componente	
	1	2
MiedoASC_7	.882	
MiedoASC_10	.870	
MiedoASC_4	.818	
MiedoASC_9	.762	
MiedoASC_1	.652	
MiedoASC_2	.560	
MiedoASC_3		.470
MiedoASC_5		.838
MiedoASC_6		.804
MiedoASC_8		.637
Porcentaje de varianza explicada	68.1%	

Discusión y conclusiones

Los criterios del análisis Rasch con el modelo de respuesta graduada lograron identificar apropiadamente la productividad de los reactivos. Identificaron que en la escala Percepción de Riesgo-Probabilidad el reactivo 05 no cumplió con las condiciones adecuadas, esto quiere decir que el reactivo, al no ajustarse al modelo, presenta inconsistencias que pueden derivar de una falta de concordancia semántica o de contenido, ya que en el reactivo se refiere a que “traten de obtener insistentemente su información de contacto (teléfono, WhatsApp, Facebook, Instagram, etc.)”. Esto indica que para las participantes dicho reactivo puede prestarse a otra interpretación y quizá no represente realmente una forma de acoso dentro del contexto de ASC. Asimismo, al sugerir ciertos medios de contacto, pueden omitirse otros con quizá más relevancia para ellas (como datos de domicilio, de trabajo, escuela, etc.).

Algo similar ocurre con los resultados de la escala de Percepción de Riesgo-Gravedad. El análisis Rasch logró identificar apropiadamente la productividad de los reactivos con excepción del reactivo 13, que no se ajustó al modelo. Este reactivo se refiere a que un hombre se exponga indecentemente frente a ellas (por ejemplo, exponer los genitales), una posible explicación a esto es que, al ser un tipo de acoso con muy baja incidencia o probabilidad, es complicado para las mujeres estimar su gravedad. Por otro lado, se identificó la productividad apropiada de todos los reactivos para la escala de miedo mediante

los criterios del análisis Rasch con el modelo de respuesta graduada, y se cumplió con las condiciones adecuadas.

La fiabilidad global fue de .83 para la escala de percepción de riesgo-probabilidad, .89 para la de percepción de riesgo-gravedad y de .86 para la de miedo, con lo que se deduce que existe una buena fiabilidad para cada una de ellas.

El AFE identificó una validez estructural apropiada para las escalas de probabilidad y gravedad y se aceptó la unidimensionalidad de cada una, donde se explica 63.1 y 64.5% de la varianza total respectivamente. Por otro lado, la escala de miedo arrojó dos componentes que explican 68% de la varianza total.

Por ello, se concluye que las tres escalas son válidas y confiables para su uso en población mexicana, y pueden ser pertinentes para obtener información sustancial sobre la percepción de riesgo hacia el ASC. No obstante, se reconoce que una muestra más amplia podría arrojar información más veraz para los instrumentos, además se recomienda que se revisen los ítems señalados con el fin de mejorar su productividad en las escalas.

Referencias

- Abad, F. J., Ponsoda, V., & Revuelta, J. (2006). *Modelos politómicos de respuesta al ítem*. Madrid: La Muralla.
- Anguas-Plata, A., & Reyes-Lagunes, I. (1998). El significado del bienestar subjetivo: su valoración en México. *La Psicología Social en México*, 7-11.
- Arancibia, J., Billi, M., Bustamante, C., Guerrero, M., Meniconi, L., Molina, M., & Saavedra, P. (2015). Acoso sexual callejero: Contexto y Dimensiones. *Observatorio Contra el Acoso Callejero*. Chile.
- Cañete, R., Guilhem, D., & Brito, K. (2012). Consentimiento informado: algunas consideraciones actuales. *ActaBioethica*, 18(1), 121-127.
- Chávez, S., Esparza, O., & Riosvelasco, L. (2018). Hacia un modelo del impacto del miedo colectivo, estrategias de afrontamiento y estrés postraumático en la eficacia de jóvenes mexicanos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 23(1), 9-19. https://www.researchgate.net/publication/322581879_hacia_un_modelo_del_impacto_del_miedo_colectivo_estrategias_de_afrontamiento_y_estres_postraumatico_en_la_eficacia_de_jovenes_mexicanos_towards_a_model_of_the_impact_of_collective_fear_copying_strateg.
- Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública [ENVIPE]. (2019). <https://www.inegi.org.mx/programas/envipe/2019/>.
- Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares [ENDIREH]. (2016). https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2016/doc/endi-reh2016_presentacion_ejecutiva.pdf.
- Finn, P., & Brag, B. W. E. (1986). Perception of the risk of an accident by young and older drivers. *Accident Analysis and Prevention*, 18, 289-298.

- George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update* (4th ed.). Allyn & Bacon.
- González-Montesinos, L. (2008). El análisis de reactivos con el Modelo Rasch. *Manual técnico A. serie: medición y metodología*, México, Universidad de Sonora/ INEE, 2008. Recuperado de: <http://www.winsteps.com/a/recursos.pdf>.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015). Principales resultados de la Encuesta Intercensal 2015 Sonora. http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/inter_censal/estados2015/702825079901.pdf.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020). Mortalidad: Defunciones por homicidio. <https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/continuas/mortalidad/defuncioneshom.asp?s=est>.
- Instituto Nacional de las Mujeres. (2017). Informe estadístico de registro de casos de hostigamiento sexual y acoso sexual en la administración pública federal. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/403545/Informe_Casos_Hostigamiento.pdf.
- Kearl, H. (2010). *Stop street harassment: Making public places safe and welcoming for women*. ABC-CLIO.
- Kouabenan, D., Nguetsa, R., & Mbaye, S. (2015). Safety climate, perceived risk, and involvement in safety management. *Safety Science*, 77, 72-79. 10.1016/j.ssci.2015.03.009.
- Lahsaeizadeh, A., & Yousefinejad, E. (2012). Social Aspects of Women's Experiences of Sexual Harassment in Public Places in Iran. *Sexuality & Culture*, 16(1), 17-37. 10.1007/s12119-011-9097-y.
- Lima, M. L. (2004). On the influence of risk perception on mental health: living near an incinerator. *Journal of Environmental Psychology*, 24(1), 71-84. 10.1016/S0272-4944(03)00026-4.
- López-Aguado, M., & Gutiérrez-Provecho, M. L. (2019). Cómo realizar e interpretar un análisis factorial exploratorio utilizando SPSS. *REIRE: Revista d'Innovació i Recerca en Educació*, 12(2), 11. <https://portalcientifico.unileon.es/documentos/5f94cd172999521ddf0ba276>.
- Lopez-Vazquez, E., & Marvan, M. L. (2003). Risk perception, stress and coping strategies in two catastrophe risk situations. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 31(1), 61-70. <https://doi.org/10.2224/sbp.2003.31.1.61>.
- Organización Mundial de la Salud (8 de marzo de 2021). Violencia contra la mujer. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>.
- Organización Mundial de la Salud para el Grupo de Trabajo Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre la Estimación y los Datos de la Violencia contra las Mujeres (VAW-IAGED). (2018). Violencia contra las mujeres: estimaciones para 2018: estimaciones mundiales, regionales y nacionales de la prevalencia de la violencia de pareja contra las mujeres y estimaciones mundiales y regionales de la preva-

- lencia de la violencia sexual fuera de la pareja contra las mujeres. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240026681>.
- Rundmo, T. (2000). Safety climate, attitudes and risk perception in Norsk Hydro. *Safety Science*, 34(1-3), 47-59. 10.1016/s0925-7535(00)00006-0.
- Sjöberg, L., Moen, B. E., & Rundmo, T. (2004). Explaining risk perception. An evaluation of the psychometric paradigm in risk perception research. *Rotunde Publikasjoner Rotunde*, 84, 55-76.
- Slovic, P., Finucane, M., Peters, E., & MacGregor, D. G. (2004). Risk as analysis and risk as feelings: Some thoughts about affect, reason, risk, and rationality. *Risk Analysis: An International Journal*, 24(2), 311-322. 10.1111/j.0272-4332.2004.00433.x.
- Slovic, P., Fischhoff, B., Lichtenstein, S., & Roe, F. J. C. (1981). Perceived Risk: Psychological Factors and Social Implications [and Discussion]. Proceedings of the Royal Society A: Mathematical, *Physical and Engineering Sciences*, 376(1764), 17-34. doi:10.1098/rspa.1981.0073.
- Van der Linden, S. (2014). On the relationship between personal experience, affect and risk perception: The case of climate change. *European Journal of Social Psychology*, 44(5), 430-440. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2008>.
- Varela, S., Caja, N., & Rueda, P. (2019). Percepción femenina del acoso callejero. *International e-Journal of Criminal Sciences*, 11(14). <https://ehu.eus/ojs/index.php/inecs/article/view/21310/19174>.

VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE ESTRÉS PARA DIABETES TIPO II, VERSIÓN 12, EN MAYORES MEXICANOS

*Cassandra López Méndez**
*Christian Oswaldo Acosta Quiroz**
*Jesús Tánori Quintana**
*Raquel García Flores**
Instituto Tecnológico de Sonora*

Resumen

La diabetes es un problema de salud importante y es relevante contar con instrumentos válidos y confiables en población mexicana. El objetivo de este artículo fue determinar las propiedades psicométricas de la escala de estrés por diabetes tipo 2 en adultos mayores mexicanos mediante juicio de expertos y análisis factorial confirmatorio. Participaron 200 adultos mayores de 60 a 87 años. Los resultados muestran que la escala se compone por 4 factores y 12 ítems e indica una adecuada consistencia interna, el análisis factorial confirmatorio presenta índices adecuados, lo que indica un buen ajuste del modelo. Por lo que se puede considerar que esta versión de la escala es válida y confiable para su uso en la población sugerida.

Introducción

La diabetes es una enfermedad grave y un problema de salud muy serio que tiene muchas consecuencias a partir de su diagnóstico, las cuales no son exclusivamente físicas sino que pueden impactar de manera negativa en aspectos significativos del bienestar subjetivo y psicológico de quien la padece. Además, tiene una tasa de prevalencia muy alta y se encuentra en constante aumento (Vega y Gonzáles, 2021).

En la actualidad, México se encuentra en el sexto lugar a nivel mundial en cuanto a prevalencia y diagnóstico de adultos mayores con esta enfermedad; además, en un tiempo no mayor a 20 años la tasa de mortalidad por diabetes pasó de 43.4 a 80.1% por cada 100 000 habitantes, lo que revela el grave problema de salud que representa (INEGI, 2021).

La *diabetes mellitus* pasó de ser la segunda causa de muerte en adultos mayores de 60 años a la tercera, ya que fue superada por la enfermedad covid-19 y enfermedades del corazón (Mino *et al.*, 2019).

De acuerdo con la Secretaría de Educación, Ciencia, Tecnología y Educación (SECTEI, 2021), México ocupa el segundo lugar en Latinoamérica en cuanto a la prevalencia de la enfermedad y el sexto lugar a nivel mundial. La diabetes tipo 2 es la más común en

adultos mayores y representa 90% de todos los casos de diabetes (International Diabetes Federation, 2020).

Para Juárez (2020), el estrés juega un rol muy importante al padecer diabetes, pues además de influir en la liberación de una cierta cantidad de glucosa en la sangre, también influye en malos hábitos alimenticios y falta de autocuidados, lo que tiene un impacto altamente negativo en la calidad de vida del paciente.

Sin embargo, Lazarus y Folkman (1986), en su teoría del estrés, mencionan que este puede producirse cuando la persona realiza una valoración de lo que sucede y entiende que aquello que está ocurriendo supera sus recursos; de esta forma, al no contar con las herramientas necesarias para hacer frente al problema, se puede concluir que el estrés está presente.

Es fundamental mencionar que las amenazas; o bien, los eventos estresantes, pueden ser cualquier situación que se perciba como peligrosa, incluso falsamente percibida así. Por esta razón, la percepción es una pieza fundamental en el seguimiento de esta enfermedad (Espinoza *et al.*, 2018).

Hoy en día, muchas de las fuentes que generan estrés no van a desaparecer, y el hecho de padecer diabetes es una de ellas. Por fortuna, existen formas de reducir o controlar aquellos niveles desproporcionales de estrés, siempre y cuando los factores que lo generan sean identificados (Sánchez *et al.*, 2020).

Si bien el estrés no causa efectos directos en la diabetes, para aquellas personas que lo padecen el estrés crónico puede influir en que la enfermedad se presente con anticipación (Acosta, 2021).

Detectar a tiempo estas complicaciones puede generar un impacto positivo en la calidad de vida, no solamente en la persona que la padece, sino también en quienes la rodean, ello al obtener información que les permita apoyar de manera más significativa al cuidado del adulto mayor, disminuyendo así el riesgo de complicaciones (Organización Mundial de la Salud, 2020).

Según información de la Organización Panamericana de la Salud (2021), aquellas personas que padecen *diabetes mellitus* pueden llegar a triplicar sus costos en atención de salud. Obtener más información sobre estos factores permitirá adquirir más herramientas que ayuden a controlar de manera más óptima la enfermedad y generar un impacto en gastos de servicios de salud.

Para Ofman *et al.* (2019), las personas que padecen *diabetes mellitus* tienen un riesgo mayor de padecer algún desorden psicológico como depresión, ansiedad y trastornos relacionados con la alimentación. De acuerdo con el Centro Nacional de Excelencia en Tecnología y Salud (CENETEC, 2021), la diabetes es una enfermedad que implica una gran carga social, ya que su incidencia ocasiona que el paciente deba realizar cambios en su estilo de vida, ya sea económica o socialmente.

A lo largo de los años se han ido desarrollando escalas o cuestionarios dirigidos a evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), entre ellas se encuentra la “escala EQ-5D” de los autores Herdman *et al.* (2011), diseñada para evaluar aspectos relacionados

con factores psicológicos y de la salud física. Sin embargo, esta escala se inclina más al ámbito médico para evaluar la (CVRS) en el paciente, aunque no se descarta para el uso de la prevención. En la etapa inicial de la enfermedad, sería mejor contar con una escala específica para aspectos psicológicos.

Otro cuestionario similar es el Audit of Diabetes-Dependent Quality of Life (ADD-QOL) de Bradley *et al.* (1999), el cual es un instrumento que además de evaluar factores relacionados con el ámbito médico también evalúa el impacto directo de la diabetes tipo 2 en aspectos de la vida cotidiana, como la familia, la vida laboral, el ocio, las relaciones sociales, entre otros. A pesar de ser un instrumento muy completo, no se recomienda utilizar en población de adultos mayores puesto que también evalúa actividades que la mayoría de los adultos no pueden realizar después de los 60 años.

También resulta importante resaltar el Well-Being Questionnaire (w-BQ) elaborado por Bradley (1994). Además de la medición del estado de salud, ofrece una medida de ansiedad, depresión y otros aspectos relacionados con el bienestar de los pacientes. Puede ser utilizado en población joven y adulta; sin embargo, no mide aspectos relacionados con el estrés en este contexto.

Un instrumento más desarrollado en su versión original por Cohen (1983), y posteriormente adaptado por Remor (2001), es la Escala de Estrés Percibido, cuya finalidad es obtener una medida global del estrés percibido por el paciente durante el último mes. Además, permite conocer aspectos sobre situaciones casuales de la vida cotidiana y el malestar que acompaña a la falta de control percibido; sin embargo, esta escala, aunque es muy objetiva, no es específica sobre diabetes en la enfermedad o con relación a situaciones del adulto mayor.

Dado el valor que tienen las estrategias de afrontamiento para el mantenimiento de la salud, resulta necesario conocer las preocupaciones primordiales y problemáticas informadas por los mismos sujetos, y así afrontar con estrategias más activas para obtener un mayor grado de confort (Juárez, 2020).

Es por esta razón que resulta de gran importancia contar con escalas válidas y confiables que permitan la prevención e identificación temprana de estos desórdenes psicológicos en las personas con diabetes, y así poder emprender acciones, en beneficio de su salud física y mental, que les permitan tener una mejor calidad de vida.

Actualmente, en México no se cuenta o existen muy pocas escalas que evalúan los factores relacionados con el padecimiento de la *diabetes mellitus* tipo 2 en el adulto mayor mexicano, lo que impide que aspectos negativos que podrían mejorarse gracias a la información proporcionada no se lleven a cabo.

De esta manera, se resalta la importancia de la validación de la Escala de Estrés para Diabetes desarrollada inicialmente, en su versión original, por Polonsky *et al.* (2005), la cual fue retomada en su validación en población chilena por Ortiz, Baeza-Rivera y Myers (2013), y ahora en su versión de 12 ítems para población mexicana (López y Ávila, 2021).

Esta escala se considera completa porque permite conocer cuatro dominios indispensables: 1) el estrés con el régimen, que se refiere a las demandas que impone el trata-

miento; 2) el estrés interpersonal, que implica las consecuencias que genera vivir con la enfermedad; 3) el estrés con las habilidades de autocuidado, enfocado en las demandas que genera el padecer la enfermedad; y 4) el estrés emocional, referido a sentimientos o pensamientos que generan estrés.

La escala ha sido validada anteriormente en población mexicana por López y Ávila (2021) por medio de un análisis factorial exploratorio y un análisis factorial confirmatorio. No se han llevado a cabo estudios de validación por jueces expertos en población mexicana que permitan mejorar el instrumento.

Por ello, el objetivo de esta investigación es determinar las propiedades psicométricas de la escala de estrés por diabetes tipo 2 en adultos mayores mexicanos mediante juicio de expertos y análisis factorial confirmatorio.

Método

Participantes

En este estudio, participaron 200 mayores de 60 a 87 años, los cuales fueron captados en diferentes centros de reunión del sur de Sonora.

Instrumento

Escala de Estrés para Diabetes Versión 12 (DDS-12). (López y Ávila, 2021) Es un instrumento conformado en esta versión por 12 ítems evaluados en una escala de tipo Likert que va desde 1 (totalmente en desacuerdo), 2 (en desacuerdo), 3 (ni de acuerdo ni en desacuerdo), 4 (de acuerdo) y 5 (totalmente de acuerdo). El instrumento califica la frecuencia de las conductas a través de cuatro factores: estrés interpersonal, estrés emocional, estrés con las habilidades de autocuidado y estrés con el régimen.

Algunos ejemplos de sus ítems son: “siento que la diabetes controla mi vida”, “siento que mi familia no me da el apoyo emocional que me gustaría”, “siento que estoy fallando frecuentemente a mi régimen de tratamiento”.

Su confiabilidad es apropiada al presentar una consistencia interna por Alfa de Cronbach de .930. Además, es una escala diseñada para evaluar específicamente el estrés en diabetes tipo 2 en adultos mayores. Se caracteriza por su practicidad al momento de la aplicación, que puede ser individual o colectiva con una duración de 10 a 15 minutos.

Procedimiento

Para llevar a cabo la validación por jueces expertos, se estableció contacto con ellos de manera virtual, se informó sobre los fines y objetivos de la investigación.

Se seleccionó a los expertos tomando en cuenta que debían contar con amplia experiencia en el tema de la diabetes y los adultos mayores. Cada uno realizó su juicio por

separado y los criterios de modificación de ítems fueron libres bajo propuesta. A cada experto se le entregaron los formatos de Excel para evaluar aspectos relacionados directamente con la traducción, construcción y relación con los ítems. La estructura original de la escala era la de Ortiz *et al.* (2013). Estaba construida por 13 ítems en su versión 13; al someterse al análisis de jueces expertos, se efectuaron observaciones en la redacción de un par de ítems, por lo que se realizaron los cambios pertinentes para que cumpliera adecuadamente con los criterios de validez.

Análisis

Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 23.0 de Windows y su complemento estadístico, AMOS versión 24, para llevar a cabo el análisis factorial confirmatorio.

Resultados

En el proceso de validación por jueces, participaron tres investigadores expertos en psicología de la salud. A partir del proceso de validación, se modificaron un par de ítems del instrumento. Los ítems que se cambiaron fueron los siguientes: “Siento que mis amigos o familia no me dan el apoyo emocional que me gustaría” y “siento que mis amigos y mi familia no comprenden lo difícil que es vivir con diabetes”, por lo que se separaron ambos ítems, uno para la familia y otro para los amigos. Esta versión modificada se aplicó a 200 adultos mayores de 60 a 87 años que viven en el sur de Sonora. En la Tabla 1, se pueden observar las características de la muestra.

Tabla 1. *Características de los datos demográficos*

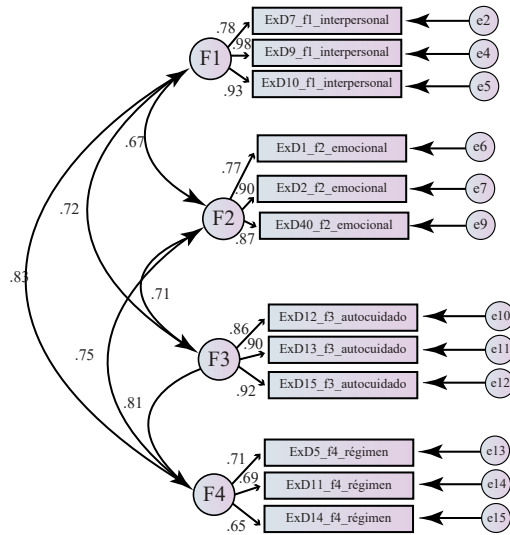
	n	%
Hombre	79	39.5
Mujer	121	60.5
Edad	(\bar{x} = 71.1, 60-87 años)	
Soltero	2	1.0
Casado o con pareja	149	74.5
Viudo o divorciado	49	24.5
¿Con quién vive?		
Solo	15	7.5%
Pareja o cónyuge	149	74.5%
Algún familiar	36	18%
Nivel de estudios		
Sin estudios	18	
Primaria	117	58.0%
Secundaria	35	17.5%
Preparatoria	17	8.5%
Profesional	13	6.5%
Actividad principal		
Empleado	17	8.5%
Trabaja por su cuenta	56	28.0%
Retirado	37	18.5%
Labores del hogar	90	45%

Nota: (N = 200).

En el análisis factorial confirmatorio, se estimaron los índices de bondad de ajuste (GFI), indicadores adicionales (AGFI, TLI), el índice de bondad de ajuste comparativo (CFI) y la raíz cuadrada media del error de aproximación (RMSEA).

Al realizar el análisis factorial confirmatorio, hubo 3 ítems que no cumplían con los criterios de validez establecidos, por lo que fueron eliminados y, así, quedaron un total de 12 reactivos dentro de la escala (ver Fig. 1).

Figura 1. Modelo AFC de primer orden para la escala de estrés



Nota: (N = 200).

El análisis factorial confirmatorio indica un valor de Chi cuadrada de 76.402, mientras que los estimadores del ajuste del modelo (CFI = .984) son buenos, de igual manera que el índice de Tucker-Lewis (TLI = .978), que considera la dificultad que presenta el modelo mostrando un ajuste excelente de los datos, ya que por lo menos 97% de la covarianza se puede reproducir por el modelo (Escobedo *et al.*, 2016).

Sin embargo, los índices de parsimonia y eficiencia (PCFI = .716) se encuentran ligeramente por arriba del valor adecuado, lo que indica que el modelo es ligeramente complejo (Moral, 2019). También se confirma que el índice de bondad de ajuste (GFI = .943) es adecuado.

Por otra parte, el REMSEA = .55 indica que el modelo se ajusta adecuadamente a la matriz de covarianza de los 200 adultos mayores que participaron (Manzano, 2017). Además, la nueva estructura de la escala de estrés obtuvo una confiabilidad por Alfa de Cronbach de .930, lo que indica una adecuada consistencia interna de los ítems que la componen.

Discusión

El propósito del presente estudio fue validar la escala de estrés por diabetes en su versión de 12 ítems en población adulta mayor mexicana mediante la validación por jueces expertos y análisis factorial confirmatorio.

La escala mostró una adecuada consistencia interna, incluso se puede observar que modificar y eliminar algunos reactivos no afecta esta medida de correlación entre los ítems.

En cuanto a la estructura factorial de la escala, se pudieron encontrar 4 factores similares a los señalados en su versión original por (Polonsky *et al.*, 2005) y en su versión de 13 ítems (Ortiz *et al.*, 2013).

En conclusión, la escala de estrés por diabetes es un instrumento que presenta una estructura factorial adecuada y propiedades psicométricas que permiten la evaluación de la sintomatología estrés en mayores con diabetes tipo 2.

Se recomienda que sea utilizada para evaluar el estrés percibido, ya sea en escenarios clínicos o ambulatorios, ya que su aplicación es sencilla y factible.

Entre las principales limitaciones de este trabajo, se encuentra que su aplicación es exclusiva para diabéticos tipo 2, por lo que no puede ser aplicada para otros tipos de diabetes. Otra limitación es el tamaño de la muestra, por lo que se sugiere que en un futuro el instrumento sea retomado con un número más representativo de participantes.

Referencias

- Acosta, R. (2021). *Estrés emocional factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas: caso de estudio parroquia Tanicuchi – Ecuador*. [Tesis de licenciatura, Universidad Técnica de Ambato]. Repositorio Institucional http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/32807/3/1._acosta_gavilanez_roberto_iv%c3%81n%281%29.pdf
- Bradley C., Todd C., Gorton T., Symonds E., Martin A., & Plowright, R. (1999). El desarrollo de un cuestionario individualizado que mide el impacto percibido de la diabetes en la calidad de vida: el AD-DQOL. *Qual Life Res*, 8 (1), 79-91.
- CENETEC (2021). *Diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus 2 en la persona adulta mayor. Guía de práctica clínica: Guía de evidencias y recomendaciones*. México <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-657-21/ER.pdf>
- Cohen, S., Kamarack, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396. <https://psycnet.apa.org/record/1984-24885-001>.
- Escobedo, M., Hernández, J., Estebane, V., & Martínez, G. (2016). Modelos de ecuaciones estructurales: características, fases, construcción, aplicación y resultados. *Cienc. Trab.*, 18 (55), 16-22. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cyt/v18n55/art04.pdf>.
- Espinoza, A., Pernas, I., & González, R. (2018). Consideraciones teórico metodológicas y prácticas acerca del estrés. *Humanidades Médicas*, 18(3), 697-717. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202018000300697&lng=es&tlng=es.
- Herdman, M., Gudex, C., Lloyd, A., Janssen, M. F., Amable, P., Parking, D., Bonsel, G., & Badia, X. (2011). Desarrollo y pruebas preliminares de la nueva versión de cinco niveles de EQ-5D (EQ-5D-5L). *Revista Calidad de Vida*, 20 (58), 1727-1736. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21479777/>.

- Instituto Nacional de Geografía y Estadística (2021). Datos nacionales. INEGI https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_Diabetes2021.pdf
- Juárez, M. (2020). Influencia del estrés en la *diabetes mellitus*. *Revista para Profesionales de la Salud*, 3 (29), 91-124. <https://www.npunto.es/revista/29/influencia-del-estres-en-la-diabetes-mellitus>.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- López, M., & Ávila, L. (2021). Validación de la escala de estrés en diabéticos en una muestra de mexicanos con *diabetes mellitus* tipo 2. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 13(1), 51-60.
- Manzano, P. (2017). Introducción a los modelos de ecuaciones estructurales. *Inv. Ed. Med.* 7(25), 67-72. <https://doi.org/10.1016/j.riem.2017.11.002>.
- Mino-León, D., Gutiérrez-Robledo, L., Velasco-Roldan, N., & Rosas-Carrasco, O. (2019). Mortalidad del adulto mayor: análisis espacial basado en el grado de rezago social. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 56(5), 447-455. http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/1349/3140.
- Moral, J. (2019). La Escala de Afectos Positivos y Negativos (PANAS) en personas mexicanas casadas de Monterrey. *Interacciones*, 5(1). <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:fhmvxSv70dMJ:https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6829542.pdf+%&cd=3&hl=es-419&ct=clnk&gl=mx>
- Ofman, S., Taverna, M., & Stefani, D. (2019). Importancia de considerar los factores psicosociales en la *diabetes mellitus* tipo 2. *Rev. Cuba Endoc.*, 30(2), 1-19. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=93642>
- Organización Mundial de la Salud (2020). Panorama general. who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes.
- Organización Panamericana de la Salud (2012). Condiciones crónicas y enfermedades que son debidas a causas externas. https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=316&lang=es.
- Organización Panamericana de la Salud (2021). Costos del manejo y control de la diabetes. <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>.
- Ortiz, M., Baeza-Rivera, M., & Myers, H. (2013). Propiedades psicométricas de la Escala de Estrés para Diabéticos en una muestra de pacientes diabéticos tipo II chilenos. *Terapia Psicológica*, 31(3), 281-286. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082013000300002
- Polonsky, W., Fisher, L., Earles, J., & Dudl, R. (2005). Assessing psychosocial distress in diabetes: Development of the diabetes distress scale. *Diabetes Care*, 28, 626-631. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15735199/>.

- Remor, E. (2001). Psychometric properties of a European Spanish version of the Perceived Stress Scale (pss). *Ansiedad y Estrés*, 7(2-3),195-201. <https://www.redalyc.org/pdf/172/17290110.pdf>.
- Sánchez, B., Vega, V., Gómez, N., & Vilema, G. (2020). Estudio de casos y controles sobre factores de riesgo de *diabetes mellitus* tipo 2 en adultos mayores. *Revista Universidad y Sociedad*, 12(4), 156-164. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=s-ci_arttext&pid=S2218-36202020000400156&lng=es&tlng=es.
- Secretaría de Educación, Ciencia, Tecnología e Innovación (2021). México segundo país en America Latina con prevalencia de diabetes. (SECTEI). <https://sectei.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/mexico-segundo-pais-en-america-latina-con-prevalencia-de-diabetes>
- Vega-López, M., & González-Pérez, G. (2021). Mortalidad por *diabetes mellitus* y su impacto en la esperanza de vida a los 60 años en México. *Rev. Saude Publica*. 55(61), 1-9. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.20210550032929>.

ACERCA DE LOS COORDINADORES

Dra. Eneida Ochoa Avila

PhD con Especialidad en Administración de Negocios y en Planeación Estratégica y Mejora de las Organizaciones. Maestra en Administración con Especialidad en Recursos Humanos y licenciada en Psicología. Profesora Titular “C”, Tiempo Completo, adscrita al Departamento de Psicología del Instituto Tecnológico de Sonora; con más de 20 años de labores académicas ininterrumpidas. Profesora con perfil deseable PRODEP de la Secretaría de Educación Pública (2020-2023). Líder del Cuerpo Académico ITSON-CA-08 “Aprendizaje Desarrollo Humano y Desarrollo Social”, consolidado (2018-2023) en la Línea General de Aplicación del Conocimiento (LGAC) denominada Factores Psicosociales en el Proceso Educativo. Pertenecer al Sistema Nacional de Investigadores nivel I. Es miembro activo de la Red Internacional América Latina, África, Europa, El Caribe (ALEC) “Territorio(s), Poblaciones Vulnerables y Políticas Públicas”. Es miembro activo del Colegio de Profesionales de la Psicología en Sonora, A. C., y actualmente es presidenta de la Junta de Honor y Justicia (2022-2024). Participa en la revisión de libros de otras instituciones, en comités científicos de eventos académicos nacionales e internacionales, así como en comité editor de libros. En su producción académica cuenta con publicaciones de artículos, capítulos de libros y libros completos; organizadora de múltiples eventos y la difusión como ponente y participante en distintos programas académicos a nivel nacional e internacional.

ORCID: 0000-0002-6510-8552.

Dra. Santa Magdalena Mercado Ibarra

Profesora-investigadora de Tiempo Completo del Dpto. de Psicología de Instituto Tecnológico de Sonora a partir del 2004; jefa del Departamento Académico de Psicología del ITSON 2014 a enero del 2022. Referente institucional de la Red Internacional América Latina, África, Europa, El Caribe (ALEC) “Territorio(s), Poblaciones Vulnerables y Políticas Públicas”. Ha sido miembro del Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología, como coordinadora de la Región Noroeste del 2015 al 2018, y tuvo la titularidad de la Secretaría Nacional de Enseñanza e Investigación del 2018 al 2020. De manera sostenida, desde el 2011 a la fecha, ha sido miembro del Colegio de Profesionales de la Psicología en Sonora, donde actualmente ocupa la Vicepresidencia. Pertenecer al Cuerpo Académico consolidado “Aprendizaje, Desarrollo Humano y Desarrollo Social”; miembro del Sistema Nacional de Investigadores (I). Obtuvo el distintivo como Profesionista del año 2021 en el estado de Sonora.

ORCID: 0000-0002-4417-0736.

Dr. Christian Oswaldo Acosta Quiroz

Licenciado en Psicología Clínica por el Instituto Tecnológico de Sonora (ITSON). Maestro en Psicología con especialidad en Medicina Conductual por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), con sedes de entrenamiento en el Servicio de Trasplante Renal del Hospital Juárez de México, y en el Servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología. Doctor en Psicología con especialidad en Psicología de la Salud por la UNAM, donde obtuvo la *Medalla Alfonso Caso* como reconocimiento por haber sido el graduado más distinguido

en la Generación 2006-2010 del Programa de Doctorado en Psicología, y tercer lugar en el Premio Nacional de Investigación Clínica Sobre Envejecimiento, otorgado por el Instituto Nacional de Geriátria. Actualmente es profesor-investigador adscrito al Departamento de Psicología en el ITSON donde imparte clases en la Licenciatura en Psicología, en la Maestría y Doctorado en Investigación Psicológica, y en la Maestría y Doctorado en Ciencias de la Ingeniería, posgrados reconocidos por el Sistema Nacional de Posgrados del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT). Sus líneas de investigación son calidad de vida y bienestar subjetivo, ocio y actividades de la vida diaria en adultos mayores, estrés y afrontamiento en personas con enfermedades crónico-degenerativas, planeación para el retiro laboral y ajuste psicosocial en la jubilación, terapia cognitivo-conductual y de tercera generación (activación conductual) y tecnología aplicada para el bienestar en la vejez. Ha publicado múltiples artículos científicos en revistas especializadas nacionales e internacionales, capítulos y libros en editoriales reconocidas, y actualmente desarrolla tecnología para el bienestar de adultos mayores y sus cuidadores primarios informales. Finalmente, es Investigador Nacional nivel II en el Sistema Nacional de Investigadores (SNI), Perfil Deseable PRODEP e integrante del Cuerpo Académico consolidado “Actores y Procesos Psicoeducativos” del ITSON.

Dra. Raquel García Flores

Licenciada en Psicología por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Maestra en Psicología con especialidad en Medicina Conductual en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), en la línea de investigación de “Estrés y afrontamiento en personas con enfermedades crónico-degenerativas”. Doctora en Psicología con especialidad en Psicología de la Salud por la UNAM, en la línea de investigación “Efectos de la entrevista motivacional en el tratamiento de la *diabetes mellitus* tipo 2”. Profesora-Investigadora de Tiempo Completo en el Instituto Tecnológico de Sonora, donde imparte clases en licenciatura y Posgrado. Sus líneas de investigación son: adherencia al tratamiento en personas con diabetes mellitus tipo 2; intervención cognitivo conductual en enfermedades crónico-degenerativas; entrevista motivacional, calidad de vida, bienestar subjetivo; desgaste profesional en personal de salud. Ha publicado diversos artículos científicos en revistas indizadas. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI) nivel I. Responsable del proyecto “Efectos de la entrevista motivacional en la adherencia al tratamiento y calidad de vida en pacientes con *diabetes mellitus* tipo 2” (Proyecto financiado por Fondos Sectoriales en Salud de CONACYT, 2013). Integrante del Cuerpo Académico ITSON CA- 30 “Actores y procesos psicoeducativos”.

En este libro el lector encontrará diferentes investigaciones vinculadas con el bienestar y la calidad de vida relacionada con la salud. En la primera sección de este libro, las y los autores reportan hallazgos que dan cuenta de aspectos específicos que buscan reconocer y visibilizar la salud de la infancia, de tal forma que brindan aportes sobre el apego y socialización de niños de 4 a 6 años institucionalizados y no institucionalizados. La autoeficacia y los hábitos de actividad física de niños y niñas de 8-12 años y con adolescentes sobre percepción de riesgo de obesidad. Estos estudios ocurrieron en contextos escolarizados, no escolarizados y de enfermedad, lo cual impacta en el desarrollo de niñas, niños y adolescentes, en la socialización, el funcionamiento cognitivo y aprovechamiento académico. Asimismo, en adultos se reportan resultados sobre el bienestar subjetivo en trabajadores de la salud; rasgos de personalidad, bienestar físico y mental en adultos jóvenes; satisfacción con la vida, malestar emocional y la evitación experiencial, la flexibilidad psicológica y asertividad en universitarios; la violencia social y de género en adultos jóvenes, el aislamiento social en adultos mayores, el consumo excesivo de alcohol frente a una medida de impulsividad y el uso de la bicicleta como medio de transporte en adultos jóvenes. Estudios que revisten varias problemáticas que tienen características multidimensionales, temporales, dinámicas y con diferentes estrategias de abordaje, así como distintas aproximaciones hacia las condiciones de salud de las personas y con enfoque de promoción de la salud y prevención de enfermedades. Finalmente, en esta obra se realizan aportes sobre la validación de una serie de instrumentos relacionados con la salud y bienestar. Se adaptó y validó un inventario de actitudes hacia personas en situación de calle para su uso en el sur de Sonora, así como un cuestionario para registrar el capital psicológico en docentes universitarios mexicanos. Asimismo, se validó un instrumento para medir la percepción del riesgo hacia el acoso sexual callejero, reconociendo que este factor es esencial para estudiar y explicar los fenómenos sociales que manifiestan inseguridad en los individuos y se determinaron las propiedades psicométricas de una escala de estrés por diabetes tipo 2 en adultos mayores mexicanos mediante juicio de expertos y análisis factorial confirmatorio. Es importante señalar que las limitaciones de estos instrumentos, es que son aplicables a poblaciones que reúnan las características específicas a las muestras con las cuales se adaptaron y validaron.



ISBN FONTAMARA
978-607-736-799-4

