

# PSICOLOGÍA y Salud

Volumen 27 Número 1 Enero-junio 2017

Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana

## *Psychology and Health*

### SUMARIO

Recomendaciones sobre los procedimientos de construcción y validación de instrumentos y escalas de medición en la psicología de la salud  
*Roberto Lagunes Córdoba*

Prácticas sexuales y anticoncepción en hombres jóvenes: una mirada de género  
*María Alejandra Salguero Velázquez, Gilberto Pérez Campos, Cinthia Dafne Ayala Jiménez y Montserrat Soriano Chavero*

Barreras para la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en mujeres con VIH  
*Ariagor Manuel Almanza Avendaño y Anel Hortensia Gómez San Luis*

Parto fisiológico, episiotomía y cesárea: su impacto en el reinicio sexual masculino  
*José Salvador Sapién López y Diana Isela Córdoba Basulto*

Prevalencia del síndrome de sobrecarga y sintomatología ansiosa depresiva en el cuidador del adulto mayor  
*Elvira Cabada Ramos y Víctor Alberto Martínez Castillo*

Rasgos de personalidad y síntomas depresivos en madres de niños con discapacidad  
*Blanca Rosa Sánchez Ramírez, Gloria Georgina Cerda de la Torre y Amelia Castellanos Valencia*

La autoeficacia como mediador entre el estrés laboral y el bienestar  
*José Luis Calderón Mafud, Francisco Laca Arocena y Manuel Pando Moreno*

Generatividad en adultos mayores mexicanos: asociación entre interés y comportamientos generativos  
*Ana Luisa Mónica González-Celis Rangel y Laura Esmeralda Raya Ayala*

Percepción de la homofobia y lesbofobia por parte de una muestra de gays y lesbianas de la provincia de Ourense (España)  
*Luis Manuel Rodríguez Otero, Sandra Elizabet Mancinas Espinoza y Ana Beatriz Carrera Aguilar*

Construcción y validación de un instrumento de conciencia de enfermedad para personas con sobrepeso u obesidad exógenas  
*Liliana Rivera Fang y Angélica Riveros Rosas*

El sentido del humor y su relación con el bienestar subjetivo en adultos mayores venezolanos  
*Yurvik Rosmarí Castillo Rojas, Sasha Lolimar Abdelwa Quera y Jesús Manuel Guerrero Álcada*

La ofrenda del Día de Muertos como una estrategia de psicoterapia de arte para adultos mayores  
*Fernando Quintanar Olguin y Karen Ivón López Martínez*

ÓRGANO DE LA ASOCIACIÓN  
LATINOAMERICANA DE PSICOLOGÍA  
DE LA SALUD (ALAPSA)

ISSN: 1405-1109

## **UNIVERSIDAD VERACRUZANA**

*Sara Ladrón de Guevara*  
Rectora

*Leticia Rodríguez Audirac*  
Secretaria Académica

*Clementina Guerrero García*  
Secretaria de Administración y Finanzas

*Octavio Ochoa Contreras*  
Secretario de la Rectoría

*Édgar García Valencia*  
Director Editorial

## **ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

*Godeleva Rosa Ortiz Viveros*  
Presidenta

*Olga Infalte Pedreira*  
Secretaria

*Yamilet Ehrenzweig Sánchez*  
Tesorera

# PSICOLOGÍA Y SALUD

## EDITOR

Rafael Bullé-Goyri Minter

## EDITORA ADJUNTA

Laila Meseguer Posadas

## COORDINADORA DE ARBITRAJES

María Luisa Marván Garduño

## ASESOR EDITORIAL

Juan José Sánchez Sosa

## DIRECTORA DEL INSTITUTO DE INVESTIGACIONES PSICOLÓGICAS

María Luz Márquez Barradas

## COMITÉ EDITORIAL

Luis Flórez Alarcón • *Universidad Católica de Colombia (Colombia)*

Tatiana Forte • *Hospital Pequeno Príncipe (Brasil)*

Jorge Grau Abalo • *Instituto Nacional de Radiología y Oncología (Cuba)*

María Luisa Marván Garduño • *Universidad Veracruzana (México)*

Rosa Martha Meda Lara • *Universidad de Guadalajara (México)*

Martha Montiel Carbajal • *Universidad de Sonora (México)*

María Erika Ortega Herrera • *Universidad Veracruzana (México)*

Ligia M. Sánchez Núñez • *Universidad Central de Venezuela (Venezuela)*

## EDITORES ASOCIADOS

Benjamín Domínguez Trejo • *Universidad Nacional Autónoma de México*

Lya Feldman • *Universidad Simón Bolívar (Venezuela)*

Edelsys Hernández Meléndrez • *Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras (Cuba)*

Olga E. Infante Pedreira • *Universidad Central de las Villas (Cuba)*

Marta Martín Carbonell • *Instituto de Angiología y Cirugía Vasculare (Cuba)*

Silvia Mejía Arango • *Colegio de la Frontera Norte (México)*

Wenceslao Penate • *Universidad de La Laguna (España)*

Mario Enrique Rojas Russell • *Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM (México)*

Jorge Román Hernández • *Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores (Cuba)*

Carlos Salavera Bordás • *Universidad de Zaragoza (España)*

Juan José Sánchez Sosa • *Universidad Nacional Autónoma de México (México)*

Francisco J. Santolaya Ochando • *Colegio de Psicólogos de Valencia (España)*

Rocio Soria Trujano • *Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM (México)*

María de los Ángeles Vacio Muro • *Universidad Autónoma de Aguascalientes (México)*

Elba Abril Valdez • *Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C. (México)*

Stefano Vinaccia • *Fundación Universitaria Sanitas (Colombia)*

Ricardo Werner Sebastiani • *Universidad de Sao Paulo (Brasil)*

Volumen 27, Número 1 • Enero-junio de 2017

*Psicología y Salud* es una publicación semestral, con tiraje de 250 ejemplares, editada por el Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana y con ISSN: 1405-1109.

Calle Dr. Luis Castelazo Ayala s/n, Industrial Ánimas, 91190 Xalapa, Veracruz, México.  
Tel. (228)841-89-00, ext. 13215, fax (228)841-89-14, correos electrónicos: rabugo46@hotmail.com y rbulle@uv.mx.

Indizada en PsycINFO, EBSCO, CLASE, LATINDEX, CUIDEN, Thomson Gale, RedALYC y DOAJ.

Visítenos en: [revistas.uv.mx](http://revistas.uv.mx) y en nuestra página <http://www.uv.mx/psicysalud>

# SUMARIO

Volumen 27, Número 1  
Enero-junio de 2017

|  |     |
|--|-----|
| Recomendaciones sobre los procedimientos de construcción<br>y validación de instrumentos y escalas de medición en la psicología de la salud<br><i>Roberto Lagunes Córdoba</i> .....  | 5   |
| Prácticas sexuales y anticoncepción en hombres jóvenes: una mirada de género<br><i>María Alejandra Salguero Velázquez, Gilberto Pérez Campos,<br/>Cinthia Dafne Ayala Jiménez y Montserrat Soriano Chavero</i> .....                         | 19  |
| Barreras para la adherencia al tratamiento farmacológico<br>y no farmacológico en mujeres con VIH<br><i>Ariagor Manuel Almanza Avendaño y Anel Hortensia Gómez San Luis</i> .....  | 29  |
| Parto fisiológico, episiotomía y cesárea:<br>su impacto en el reinicio sexual masculino<br><i>José Salvador Sapién López y Diana Isela Córdoba Basulto</i> .....   | 41  |
| Prevalencia del síndrome de sobrecarga y sintomatología ansiosa depresiva<br>en el cuidador del adulto mayor<br><i>Elvira Cabada Ramos y Víctor Alberto Martínez Castillo</i> .....  | 53  |
| Rasgos de personalidad y síntomas depresivos en madres de niños con discapacidad<br><i>Blanca Rosa Sánchez Ramírez, Gloria Georgina Cerda de la Torre<br/>y Amelia Castellanos Valencia</i> .....  | 61  |
| La autoeficacia como mediador entre el estrés laboral y el bienestar<br><i>José Luis Calderón Mafud, Francisco Laca Arocena<br/>y Manuel Pando Moreno</i> .....  | 71  |
| Generatividad en adultos mayores mexicanos: asociación entre interés<br>y comportamientos generativos<br><i>Ana Luisa Mónica González-Celis Rangel<br/>y Laura Esmeralda Raya Ayala</i> .....  | 79  |
| Percepción de la homofobia y lesbofobia por parte de una muestra<br>de gays y lesbianas de la provincia de Ourense (España)<br><i>Luis Manuel Rodríguez Otero, Sandra Elizabet Mancinas Espinoza<br/>y Ana Beatriz Carrera Aguilar</i> ..... | 89  |
| Construcción y validación de un instrumento de conciencia de enfermedad<br>para personas con sobrepeso u obesidad exógenas<br><i>Liliana Rivera Fong y Angélica Riveros Rosas</i> .....  | 103 |
| El sentido del humor y su relación con el bienestar subjetivo<br>en adultos mayores venezolanos<br><i>Yurvik Rosmari Castillo Rojas, Sasha Lolimar Abdelwa Quero<br/>y Jesús Manuel Guerrero Alcedo</i> .....                                | 117 |
| La ofrenda del Día de Muertos como una estrategia de psicoterapia de arte<br>para adultos mayores<br><i>Fernando Quintanar Olguín y Karen Ivón López Martínez</i> .....  | 127 |

# SUMMARY

---

Volume 27, Number 1  
January-June 2017

|  |     |
|--|-----|
| Recommendations about procedures for construction<br>and validation of scales in health psychology<br><i>Roberto Lagunes Córdoba</i> .....   | 5   |
| Sex and contraception practices in young men: A gender perspective<br><i>María Alejandra Salguero Velázquez, Gilberto Pérez Campos,<br/>Cinthia Dafne Ayala Jiménez and Montserrat Soriano Chavero</i> .....                         | 19  |
| Barriers to adherence to pharmacological<br>and non-pharmacological treatment in women with HIV<br><i>Ariagor Manuel Almanza Avendaño and Anel Hortensia Gómez San Luis</i> .....  | 29  |
| Physiological delivery, episiotomy and cesarean section:<br>Their influence on the male sexual restart<br><i>José Salvador Sapién López and Diana Isela Córdoba Basulto</i> .....  | 41  |
| Prevalence of burden syndrome, anxious and depressive symptoms<br>in caregivers of the elderly<br><i>Elvira Cabada Ramos and Víctor Alberto Martínez Castillo</i> .....  | 53  |
| Personality traits and depressive symptoms in mothers of children with disability<br><i>Blanca Rosa Sánchez Ramírez, Gloria Georgina Cerda de la Torre<br/>and Amelia Castellanos Valencia</i> .....                                 | 61  |
| Self-efficacy as mediator between work stress and well-being<br><i>José Luis Calderón Mafud, Francisco Laca Arocena<br/>and Manuel Pando Moreno</i> .....  | 71  |
| Generativity in older Mexicans: Association between interest<br>and generative behaviors<br><i>Ana Luisa Mónica González-Celis Rangel<br/>and Laura Esmeralda Raya Ayala</i> .....   | 79  |
| Perception of homophobia and lesbophobia by a sample<br>of gays and lesbians from the province of Ourense (Spain)<br><i>Luis Manuel Rodríguez Otero, Sandra Elizabet Mancinas Espinoza<br/>and Ana Beatriz Carrera Aguilar</i> ..... | 89  |
| Construction and validation of an inventory of awareness<br>for exogenous overweight and obese persons<br><i>Liliana Rivera Fong and Angélica Riveros Rosas</i> .....  | 103 |
| The relation between sense of humor and subjective well-being<br>in older Venezuelan adults<br><i>Yurvik Rosmari Castillo Rojas, Sasha Lolimar Abdelwa Quero<br/>and Jesús Manuel Guerrero Alcedo</i> .....                          | 117 |
| Day of the Dead offering as an art psychotherapy strategy<br>for older adults<br><i>Fernando Quintanar Olguín and Karen Ivón López Martínez</i> .....  | 127 |

# Recomendaciones sobre los procedimientos de construcción y validación de instrumentos y escalas de medición en la psicología de la salud

## *Recommendations about procedures for construction and validation of scales in health psychology*

Roberto Lagunes Córdoba<sup>1</sup>

### RESUMEN

Aunque existe una gran cantidad de escalas e instrumentos para medir variables psicológicas, las considerables diferencias que hay entre las poblaciones y la variedad de temas que se estudian en la psicología de la salud hacen necesaria la creación de nuevos instrumentos. Desafortunadamente, los procedimientos seguidos son, en muchos casos, inadecuados, y algunos de ellos se desaconsejan en la literatura psicométrica reciente. En esta revisión se presenta un panorama actualizado de dichos procedimientos, empezando por una breve discusión de la naturaleza de la medición psicológica y la manera en que la misma condiciona la medición de las variables y la construcción de instrumentos para este fin. Así, se exponen los métodos para determinar la validez y la confiabilidad y las normas de puntuación para los instrumentos y escalas de medición, subrayando sus ventajas, inconvenientes y factores condicionantes para su uso, así como las fuentes básicas de consulta para su correcta aplicación.

**Palabras clave:** Escalas; Construcción de escalas; Confiabilidad; Validez; Psicología de la salud.

### ABSTRACT

*Although there are numerous available scales for psychological measurement, the differences among populations as well as the diversity of issues studied in health psychology, frequently requires constructing new scales. Unfortunately, the "rules of thumb" and traditional procedures used are, in many cases, inadequate. Several such procedures are ruled out by recent psychometrical evidence. In this review, an updated state of the art on scale construction procedures for psychological instruments is presented in the context of the nature of psychological measurement and the way it limits measurement procedures and scale construction. The present review includes methods to determine validity, reliability and standardized scores, with emphasis on their advantages, inconveniences, conditioning factors and basic references for their optimum use.*

**Key words:** Scales; Construction of scales; Validity; Reliability; Health psychology.

**A**l igual que el resto de las ciencias, la psicología requiere medir los fenómenos que estudia; sin embargo, a diferencia de lo que ocurre en las ciencias físicas y naturales, la medición en psicología se topa con dos problemas fundamentales: el primero es que muchos fenómenos psicológicos no son observables (aunque pueden serlo de manera indirecta mediante algunas de sus manifestaciones), y el

---

<sup>1</sup> Instituto de Investigaciones Psicológicas, Universidad Veracruzana, Edif. C, 2° piso, Av. Dr. Luis Castelazo Ayala s/n, Col. Industrial Ánimas, 91190 Xalapa, Ver., México, tel. (228)841-89-00, correo electrónico: rlc.academico@yahoo.com.mx. Artículo recibido el 26 de octubre y aceptado el 15 de diciembre de 2015.



segundo es que es muy difícil establecer unidades de medición para dichos fenómenos. Para llevar a cabo mediciones en psicología es preciso resolver ambos problemas.

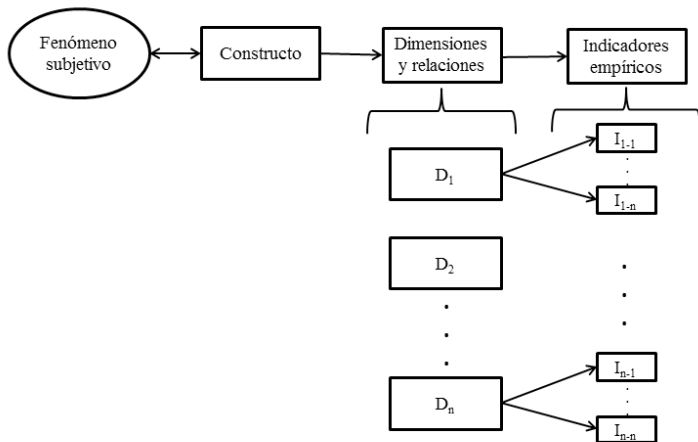
Aunque los fenómenos psicológicos subjetivos no sean observables, es posible plantear situaciones reales o simuladas en las que estos se manifiesten de manera más o menos objetiva. Bajo este supuesto, el objetivo planteado en esta revisión es presentar un panorama actualizado de dichos procedimientos, empezando por una breve discusión de la naturaleza de la medición en la psicología y la manera en que la misma condiciona la medición de las variables psicológicas y la construcción de instrumentos para este fin. A continuación, se presenta una exposición de los métodos para determinar la validez, la confiabilidad y las normas de puntuación para instrumentos y escalas de medición, enfatizando sus ventajas, inconvenientes y factores condicionantes.

En términos generales, la medición de los referidos fenómenos se lleva a cabo mediante un proceso que involucra dos pasos: 1) la creación de un concepto o constructo riguroso que defina

claramente el fenómeno que se quiere medir, el cual debe plantear las definiciones, dimensiones, conceptos subsidiarios e interrelaciones del fenómeno de la manera más detallada posible, y 2) con base en esos constructos, se plantean situaciones observables en las cuales la manifestación del fenómeno de interés afecta la conducta de los individuos (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

En la psicología, con frecuencia se tiene la posibilidad de plantear situaciones supuestas en el papel o de manera oral para preguntar a los individuos por su grado de acuerdo con ellas o si es que se ajustan o describen su situación personal con el tema investigado. Sus respuestas permiten obtener una medida del constructo. En general, se asume que si se crea el clima de confianza adecuado con la persona que responde las preguntas, si se le garantiza la confidencialidad de sus respuestas y se le solicita su cooperación sincera y sin prisas, las respuestas que dará a las preguntas serán un reflejo fiel del proceso subjetivo, siempre que el cuestionario o instrumento a contestar sea válido y confiable. El proceso general se resume en la Figura 1.

**Figura 1.** El proceso de obtener indicadores empíricos para medir un fenómeno subjetivo. En primer término, es necesaria una caracterización del fenómeno a través del constructo teórico. A su vez, ese constructo está integrado por una serie de dimensiones relacionadas entre sí. Es a partir de tales dimensiones y relaciones que es posible crear los reactivos para reflejarlos en las situaciones en que el fenómeno se manifiesta.



Obsérvese que en la figura se plantea una relación recíproca entre el fenómeno subjetivo y el constructo, porque el constructo mismo se robustece y modifica con el estudio del fenómeno, y a la vez indica las relaciones fundamentales que se cono-

cen sobre el fenómeno a estudiar y condiciona la manera de aproximarse a él.

En la sección correspondiente a la validez se abordarán dos cuestiones fundamentales relacionadas con el esquema planteado: 1) la comproba-

ción de que los reactivos construidos representan realmente a todas las dimensiones del fenómeno, y 2) si el instrumento resultante reproduce adecuadamente la estructura y relaciones del constructo en el que está basado.

## LA UNIDAD DE MEDIDA DE LOS FENÓMENOS PSICOLÓGICOS

Aunque sea posible caracterizar y medir un fenómeno psicológico, persiste la duda sobre cuál es su unidad de medida. El problema es complicado porque no hay una manera unívoca de definir los fenómenos psicológicos. Por el contrario, hay una multitud de teorías y definiciones sobre lo que puede ser la inteligencia o la personalidad, por poner dos ejemplos, y cada una considera dimensiones y relaciones que pueden no aparecer en la otra. La situación se complica todavía más porque a partir de una definición es posible construir muchos reactivos e instrumentos diferentes, cada uno con su propia escala de puntuación.

Tal multiplicidad de definiciones implica que tampoco hay un cero absoluto conocido para cualquier fenómeno psicológico. La falta de un cero absoluto impide la construcción de una unidad consensuada porque no hay un punto de partida para considerar la ausencia del fenómeno psicológico. Aunque un individuo no conteste ninguna de las afirmaciones o preguntas de una escala o instrumento, no es posible deducir de ello que carece del rasgo que se pretende medir.

Para lidiar con estas dificultades, se han construido dos teorías generales que sustentan la construcción de instrumentos en psicología: la teoría clásica de los tests (TCT) y la teoría de respuesta al ítem (TRI) (Muñiz, 2010). La descripción detallada de dichas teorías sobrepasa los objetivos de este artículo, pero se considerará brevemente cómo es que ambas resuelven el problema de las unidades de medida de los fenómenos psicológicos.

El planteamiento fundamental de la TCT es que la medición de un fenómeno psicológico *es una función de cada instrumento considerado como un todo*; es decir, cada uno de los reactivos del instrumento, junto con los demás, aporta a la medición del constructo, y si se modifican uno o varios reactivos del mismo, se tiene un instrumento de me-

dicción con propiedades diferentes (Muñiz, 2010). Ello tiene como consecuencia que la medida del fenómeno dependa del instrumento utilizado. Cada instrumento tiene diversas fuentes de error en la medida, y no es posible comparar las mediciones obtenidas con dos instrumentos diferentes, aunque se apliquen a la misma persona y en condiciones idénticas. Por otro lado, los atributos fundamentales de los instrumentos (su confiabilidad, validez y normas de calificación) construidos con los procedimientos de la teoría clásica no son propiedades intrínsecas de los mismos sino que dependen del grupo normativo del que se obtienen. Por ejemplo, una escala que mida los conocimientos sobre algún tema será muy sencilla si la contestan individuos expertos, y muy difícil si la responden aquellos que lo desconocen. Dichas situaciones inciden directamente en las normas de calificación y en las interpretaciones de los puntajes que se obtienen con ellas (Prieto y Delgado, 2010).

Para evitar estos problemas, la TCT recomienda nunca comparar las calificaciones brutas obtenidas con diferentes instrumentos, y utilizar las normas de calificación solamente para individuos con características muy similares a las del grupo en el que se definieron. En la práctica, esto significa que hay que recalcular normas e indicadores de confiabilidad y validez con cada grupo en el que se aplique el instrumento, lo cual es psicométrica y pragmáticamente sensato, pero no deja de ser insatisfactorio desde el punto de vista científico (Muñiz, 1997). Por otra parte, hay trabajos (Henson y Roberts, 2006; Juárez, Idrovo, Camacho y Placencia, 2014) que muestran que una parte considerable de los trabajos de investigación en la psicología de la salud no proporcionan dato alguno acerca de su confiabilidad y validez; lo cual puede condicionar (o en casos extremos invalidar) las conclusiones obtenidas en esas investigaciones.

La TRI, en cambio, plantea que la medición del fenómeno psicológico es una función de cada reactivo por separado, y que cada uno de ellos tiene una función de información y una curva característica que permite detectar el nivel del rasgo en función de la respuesta dada por el individuo. Esta teoría es la más utilizada en la elaboración de pruebas de ejecución máxima (Muñiz, 2010) porque permite construir instrumentos que son independientes de las características del cuestionario específico utili-



zado y del grupo al que se le aplica. Pese a ello, su uso requiere que el constructo a medir y las condiciones de la aplicación satisfagan criterios muy restrictivos que no son fáciles de obtener en la práctica: que el rasgo a medir sea unidimensional y que se cumpla con la independencia local de los reactivos (es decir, que las respuestas que se dan a cada reactivo no se vean influidas por las que se dan a los otros). Estas restricciones han hecho a la TRI poco adecuada para construir instrumentos que midan constructos multidimensionales como los que suelen analizarse en la psicología de la salud (Muñiz, 1997). Sin embargo, se están probando programas para trabajar constructos y reactivos multidimensionales con la TRI, lo cual podría impulsar la investigación en este campo en un futuro cercano (Chalmers, 2012; Han y Paek, 2014).

## CARACTERÍSTICAS FUNDAMENTALES DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Una vez que se ha obtenido un cuestionario que permite obtener una medida de un rasgo o de un fenómeno psicológico, debe contestarse tres preguntas básicas sobre la medida obtenida: ¿El instrumento mide realmente lo que tiene que medir? ¿La medida del instrumento es estable y cómo la afectan factores aleatorios? ¿Dónde se ubica la puntuación de un individuo particular en relación con los demás?

La primera pregunta corresponde a la validez del instrumento, la segunda a la confiabilidad y la tercera a las normas de puntuación.

### Validez

La definición tradicional de la validez de un instrumento de medida es que el instrumento mida en efecto lo que tiene que medir. Sin embargo, la definición actual de validez incluye gran cantidad de aspectos y es mucho más concreta: “El grado en el cual las conclusiones e interpretaciones de cualquier medida están bien conformadas y justificadas, en tanto que son a la vez significativas y relevantes” (Cook y Beckman, 2006). Para conocer realmente la validez de un instrumento, se debe hacer un juicio evaluativo global sobre si los datos empíricos y los constructos respaldan la perti-

nencia y el significado de las interpretaciones que se hacen con base en los puntajes de las pruebas (Oluwatayo, 2012). Por otra parte, la validez de un instrumento no se establece de una vez por todas, sino que es resultado del acopio de evidencias y constructos que se logra en un proceso continuo (Aliaga, 2006).

Se ha argumentado que la validez es una propiedad unitaria, referida a las interpretaciones y usos que se hacen de las puntuaciones obtenidas al aplicar un instrumento (Messick, 1991). Pero para entender sus diferentes aspectos y la manera en que se evalúan es pertinente exponerlos por separado. La exposición que se hace a continuación está basada en el trabajo de Batista, Coenders y Alonso (2004). En cada apartado se describen los tipos de validez y una discusión breve de los procedimientos actuales para evaluarlos.

### Validez de facie

La validez *de facie* (llamada también de aspecto o aparente) se basa en juicios subjetivos –tanto del constructor como de los usuarios– sobre si el instrumento verdaderamente *parece* una encuesta formal o un instrumento de medida. Esto incluye un juicio valorativo sobre el léxico empleado, la claridad de las instrucciones, la organización del instrumento y la consideración sobre si sus reactivos son relevantes, claros, entendibles y razonables (Oluwatayo, 2012). La falta de validez *de facie* produce críticas y resistencia por parte de las personas que contestan el instrumento. Oluwatayo (2012) proporciona una descripción de los principales criterios que conviene cuidar para que el instrumento tenga validez *de facie*: 1) que el formato sea claro y congruente con la estructura de un instrumento genuino; 2) que los reactivos sean claros, sin ambigüedad, y de un nivel de dificultad apropiado para quien responde; 3) que el deletreo de los términos difíciles y el espaciado de líneas sean los correctos; 4) que las instrucciones sean claras, suficientes y adecuadas; 5) que los reactivos parezcan razonables de acuerdo con el propósito del instrumento, y 6) que la impresión sea clara y la calidad del papel la adecuada.

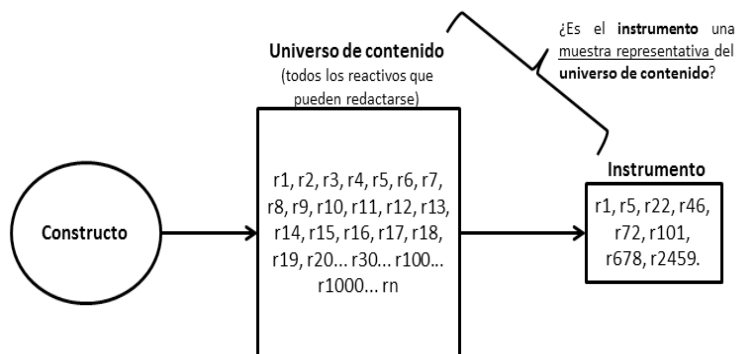
### Validez de contenido

Esta característica responde a la pregunta de si los reactivos incluidos representan realmente todas

las dimensiones del fenómeno. Su análisis determina qué tan adecuado es el muestreo que hace un cuestionario del universo de posibles conductas que reflejan el constructo, y previene asimismo uno de los principales problemas que aparecen cuando solamente se cuida la validez de constructo: la subrepre-

sentación del dominio del instrumento (Cohen y Swerdik, 2001; Messick, 1991). Esto ocurre porque los reactivos de todo instrumento, por muy extenso que sea, constituyen solo una muestra de todos los reactivos que podrían construirse (universo de contenido) (Figura 2).

**Figura 2.** ¿Los reactivos que constituyen el instrumento son verdaderamente representativos del universo de contenido? A partir del constructo elaborado, se puede construir una gran cantidad de reactivos que reflejen todas las dimensiones y relaciones posibles. Una muestra de reactivos que no sea representativa dejará sin cubrir aspectos fundamentales del constructo, y afecta directamente la validez global del instrumento.



Dado lo anterior, es necesario asegurarse de que la muestra de reactivos que constituyen el cuestionario sea representativa e incluya todas las dimensiones del constructo. Desafortunadamente, no hay una manera directa de hacer lo anterior. La validez de contenido se estima por métodos indirectos, y el más común y eficiente de ellos es el *juicio de expertos* (Escobar y Cuervo, 2008; Muñiz, 1997).

El juicio de expertos involucra la revisión del instrumento por parte de especialistas con experiencia en el trabajo con el constructo de interés, quienes juzgarán si los reactivos son una muestra equilibrada y representativa del universo de contenido. En su revisión de 2008, Escobar y Cuervo reseñan las cualidades que los jueces elegidos deberán tener para realizar un trabajo óptimo: 1) experiencia en la realización de juicios y toma de decisiones basadas en evidencias, 2) reputación en la comunidad científica, 3) disposición y motivación para participar, y 4) imparcialidad, confianza en sí mismos y adaptabilidad. Además, las autoras recomiendan que al menos uno de los jueces sea un lingüista.

Los aspectos a evaluar por los jueces pueden variar, al igual que los criterios para hacerlo. Escobar y Cuervo (2008) señalan la necesidad de

evaluar al menos si cada uno de los reactivos pertenece verdaderamente al constructo y a la dimensión para la cual se construyó, la tendenciosidad o sesgo del reactivo y la adecuación lingüística del reactivo para la población a la que va destinado. Pero existen otros métodos, como el de Lawshe (1975), que recomienda que los jueces califiquen si un reactivo es necesario para el objetivo del cuestionario, si es útil pero no necesario, o si carece de utilidad.

La integración de los juicios para obtener un consenso (conocida también como concordancia entre jueces) tampoco tiene una solución única. Las formas más aceptadas de solucionar el problema involucran medidas de concordancia, como el coeficiente Kappa para variables dicotómicas (Cohen, 1960), las extensiones del mismo para variables polítmicas, el coeficiente de correlación intraclase para variables continuas (Shoukri, 2004), el coeficiente de validez de contenido (Lawshe, 1975) o las medidas loglineares, como el enfoque *mixture* (Ato, Benavente y López, 2006)<sup>2</sup>.

Siempre debe tenerse en cuenta que el objetivo final del proceso de jueceo es obtener un ins-

<sup>2</sup> Para una revisión detallada de las medidas de concordancia, véase Gwet (2012). Los pasos para realizar un análisis de validez de contenido vienen adecuadamente descritos en los trabajos de Haynes, Richard y Kubany (1995) y de Escobar y Cuervo (2008).

trumento cuyos reactivos representen adecuadamente el constructo, y que esté redactado con un lenguaje comprensible para el grupo de población al que se va a aplicar y con un mínimo de sesgo inducido.

#### *Validez de constructo*

Este tipo de validez se considera fundamental para la evaluación de escalas e instrumentos, ya que los análisis para determinarla comprobarán si la estructura del instrumento reproduce realmente la del constructo planteado. Recuérdese que *el constructo planteado es una concreción de un fenómeno psicológico inobservable y que sus dimensiones y relaciones determinan todo aquello que es posible observar y medir del fenómeno*. La validez de constructo suele dividirse en validez nomológica, validez convergente y validez discriminante. La validez *nomológica* se refiere a que hay correspondencia entre las relaciones teóricas y las encontradas con el instrumento. Si la teoría, por ejemplo, plantea la existencia de tres subescalas o dimensiones, se esperaría que las puntuaciones de quienes respondan el instrumento se agrupen en tres subescalas. La validez *convergente* se refiere a que las medidas aportadas por el instrumento deben tener una correlación directa con las de otros instrumentos que miden el mismo constructo. Hay validez *discriminante*, por el contrario, si las medidas aportadas por el instrumento no tienen relación con las de otros instrumentos que evalúan otros constructos (Batista et al., 2004).

Los métodos más comunes para determinar la validez de constructo son el análisis factorial (en sus modalidades exploratoria y confirmatoria) y los coeficientes de correlación. El análisis factorial es una técnica estadística que permite determinar una cantidad reducida de factores comunes que expliquen la variabilidad de los datos (Beaver et al., 2013). Esta característica lo hace especialmente pertinente para determinar si la estructura del instrumento reproduce la de la teoría o el constructo que se utilizó para elaborarlo. Los datos necesarios son las puntuaciones de los reactivos, *y se espera que los factores obtenidos correspondan con las dimensiones del constructo planteado*.

A continuación se describen someramente sus aspectos principales y las recomendaciones generales para su uso e interpretación apropiados<sup>3</sup>.

a) *Análisis factorial exploratorio* (AFE). El AFE es una técnica paramétrica y su uso requiere que los datos se comporten linealmente y sigan una distribución normal multivariante (Ferrando y Anguiano, 2010). Es frecuente que se revise el supuesto de normalidad mediante la aplicación de una prueba de bondad de ajuste –como la de Kolmogorov-Smirnov– y el de linealidad a través del examen de los cocientes de asimetría de los reactivos (Ferrando y Anguiano, 2010). Cuando no se cumple con el supuesto de normalidad, se pueden utilizar versiones del análisis que emplean métodos de extracción de factores que permiten obviarlo. El segundo requisito es más delicado, pues una asimetría muy marcada y bidireccional en los reactivos puede requerir el uso de técnicas de análisis no lineales. El análisis factorial funciona bien si todos los reactivos tienen cocientes de asimetría en el intervalo de +1 a -1, lo cual es más sencillo cuando se utilizan reactivos de respuesta graduada, como los de tipo Likert (Ferrando y Anguiano, 2010).

El segundo paso es confirmar si la muestra de aplicaciones obtenida es adecuada para llevar a cabo la técnica, lo que se realiza mediante las pruebas de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), la prueba de esfericidad de Bartlett y el cálculo de la determinante de la matriz de correlaciones. Es necesario saber, en primer lugar, si las variables están correlacionadas de manera significativa o no. La prueba de esfericidad de Bartlett permite conocer lo anterior al contrastar la hipótesis nula de que los reactivos no correlacionan entre sí (esto es, que la matriz de correlaciones es una matriz singular). Si no se puede rechazar la hipótesis nula, los factores obtenidos por el análisis serán completamente espurios. Si se rechaza la hipótesis nula, la determinante de la matriz de correlaciones indicará si es posible extraer un número limitado de factores (que representarán las dimensiones del constructo). Si el valor de la determinante es cero o negativo, no es posible realizar la extracción y no puede continuarse con el análisis factorial. Por último, es ne-

<sup>3</sup> Al respecto, el lector interesado puede consultar los trabajos de Ferrando y Anguiano (2010), Beaver et al. (2013), Gaskin y Hapell (2014) y Lloret, Hernández y Tomás (2014).

cesario conocer el grado de correlación conjunta que tienen las variables, lo que se hace mediante la prueba KMO. Los valores óptimos abarcan de 0.8 a 1. Se estima que un valor de 0.65 a 0.8 puede ser útil, pero condiciona la interpretación de los resultados (Beaver et al., 2013).

El tercer paso, esto es, la extracción de los factores, es de importancia crítica. Es necesario recordar que los factores se corresponderán con las dimensiones del constructo de base empleado. Desafortunadamente, este proceso es complejo, por lo cual se presta a la comisión de muchos errores, de los cuales el más repetido y extendido parece ser el uso del análisis de componentes principales (ACP) como método de extracción de factores (Gaskin y Happell, 2014; Henson y Roberts, 2006; Juárez et al., 2014). El ACP emplea la varianza total de los reactivos, que incluye entre sus cálculos la varianza de error; en cambio, los procedimientos de análisis factorial solamente utilizan la varianza común para explicar los datos, por lo que son mucho más convenientes para hacer la extracción de factores en cuanto que previenen la posibilidad de obtener factores espurios y varianzas explicadas infladas, como se ha confirmado en estudios de simulación (Beaver et al., 2013; Ferrando y Anguiano, 2010). Cuando se cumple el requisito de normalidad multivariante, los métodos de extracción más utilizados son el de máxima verosimilitud y el de mínimos cuadrados generalizados. Cuando se incumple ese supuesto, los métodos más adecuados son el de mínimos cuadrados no ponderados y el de factorización de ejes principales (Briggs y McCallum, 2003). Además, el método de mínimos cuadrados no ponderados tiene la gran ventaja de rescatar factores débiles y generar buenos resultados incluso con muestras muy pequeñas, lo que es especialmente útil al trabajar con poblaciones muy específicas (de entre cincuenta y cien individuos, y hasta menos de treinta si el número de factores es pequeño) (Jung, 2013; Ximénez y García, 2005).

Como resultado de la extracción de factores se obtendrán dos tablas: una donde se detallará el número de factores obtenidos, con la varianza explicada por cada uno, y otra donde se especificará la estructura general del cuestionario, con las cargas factoriales de todos los reactivos y el grado en que

correlacionan con cada factor (véase un ejemplo del segundo tipo de tabla en el Cuadro 1).

**Cuadro 1.** Ejemplo de tabla de cargas factoriales del análisis factorial exploratorio. Nótese que los primeros seis reactivos presentan una carga factorial muy clara hacia uno de los factores. El reactivo 7 presenta ambigüedad y debería ser eliminado de la versión final del instrumento, a menos que existan razones teóricas o empíricas importantes para retenerlo.

| Reactivo | Factor 1 | Factor 2 |
|----------|----------|----------|
| 1        | 0.835    | 0.023    |
| 2        | 0.667    | 0.250    |
| 3        | 0.711    | 0.172    |
| 4        | 0.076    | 0.916    |
| 5        | 0.356    | 0.627    |
| 6        | 0.226    | 0.701    |
| 7        | 0.482    | 0.503    |

Debido a las operaciones matemáticas necesarias para realizar el análisis, en las soluciones extraídas en primera instancia las varianzas explicadas por los factores suelen estar muy cargadas hacia el primer factor. Para eliminar este sesgo, es necesario recurrir al procedimiento de rotación de los factores.

Existen varios métodos de rotación, los que se pueden agrupar en ortogonales y oblicuos. Los métodos ortogonales asumen que los factores obtenidos no están correlacionados entre sí, esto es, que son independientes; los oblicuos asumen que existe un grado de correlación apreciable entre los factores y ayudan mucho a clarificar la estructura del instrumento cuando este es efectivamente el caso. Entre los métodos ortogonales, el más utilizado es el Varimax, pues se considera sólido, estable y sencillo de interpretar (Fabrigar, Wegener, MacCallum y Strahan, 1999). Entre los métodos oblicuos están el Oblimin Directo y el Promax. Ambos métodos son aceptables, pudiéndose utilizar los valores que los programas comerciales incorporan por defecto. En la psicología, muchos de los constructos que se estudian plantean que sus dimensiones se relacionan entre sí; por ello, resulta una buena idea iniciar el análisis utilizando un método de rotación oblicua, y si las correlaciones entre los factores son inferiores a 0.32, se puede realizar



una nueva extracción utilizando un método ortogonal (Beaver et al., 2013; Ferrando y Anguiano, 2010).

Para obtener una solución final es necesario saber cuántos factores hay que retener. En la literatura relacionada se detallan varios criterios, entre los cuales destacan la regla de Kaiser y el gráfico de sedimentación (también llamado de guijarros o *scree-plot*), que se basan en los autovalores (*eigenvalue*) de los factores. Tanto la regla de Kaiser como el gráfico de sedimentación tienen el mismo problema: se basan en la lógica del ACP y utilizan la varianza total y no la varianza común para calcular los autovalores de los factores. Cuando se emplea el análisis factorial propiamente dicho, los autovalores carecen de sentido y no pueden interpretarse de manera adecuada (Ferrando y Anguiano, 2010; Lorenzo, Timmerman y Kiers, 2011). En su lugar, se ha propuesto el uso del análisis paralelo, que consiste en comparar los autovalores de los factores obtenidos con los de una muestra de autovalores generados al azar (Horn, 1965). Aunque el uso de esta técnica ha estado sujeta a críticas (Lorenzo et al., 2011; Ruscio y Roche, 2012), existen desarrollos promisorios recientes que la hacen más robusta y que contribuyen a eliminar su defecto principal: sobreestimar el número de factores a retener (Green, Levy, Thompson, Lu y Wen-Juo, 2012; Green, Thompson, Levy y Wen-Juo, 2015). Desafortunadamente, esta técnica no está disponible en la mayor parte de los programas estadísticos comerciales, pero Hayton, Allen y Scarpello (2004) proponen un sencillo tutorial para incorporarlo como una rutina en el lenguaje de SPSS.

En la práctica, los métodos más utilizados son el uso de las cargas factoriales de los reactivos, que pone una atención cuidadosa al contenido de los mismos, y la teoría o constructo de base, cuando existe (Ferrando y Anguiano, 2010; Lloret et al., 2014). Para conservar un factor, debería tener al menos a tres reactivos con cargas factoriales superiores a 0.35 (Ferrando y Anguiano, 2010). Es prudente también eliminar los reactivos con carga ambigua (cargas superiores a 0.35 en un factor y a 0.25 en otro [véase el reactivo 7 del Cuadro 1]). Los factores con dos o menos reactivos pueden eliminarse, a menos que se tengan buenas razones para conservarlos (puede ser el caso de factores

heurísticamente valiosos o con índices de confiabilidad elevados). El proceso de eliminación y extracción se debe repetir cuantas veces sea necesario para obtener una solución clara, fácilmente interpretable y con el mínimo posible de reactivos ambiguos. Por supuesto, se espera que la estructura encontrada reproduzca la de la teoría o constructo de base.

#### *b) Análisis factorial confirmatorio (AFC)*

La variedad confirmatoria del análisis factorial puede considerarse como una auténtica prueba de hipótesis. En el dominio de la construcción de instrumentos, se utiliza para contrastar la hipótesis de que un instrumento particular se adapta a una estructura determinada por la teoría o las observaciones (Lloret et al., 2014). Esta técnica es especialmente valiosa cuando se cuenta con un constructo teórico de base muy robusta, cuando se desea comprobar la validez de una adaptación transcultural, o cuando se tienen dos o más constructos “en conflicto”, y se quiere saber cuál es el que se ajusta mejor a los datos empíricos proporcionados por el instrumento. El AFC es un procedimiento complejo cuya descripción detallada excede los alcances de este artículo, por lo cual nos limitaremos a ofrecer las principales directrices para su utilización<sup>4</sup>.

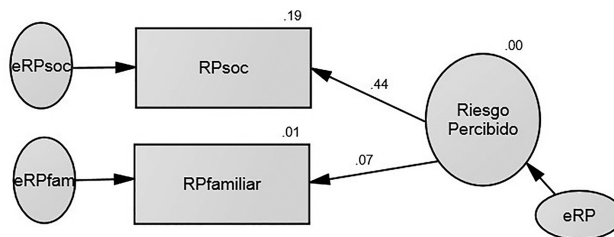
*Planteamiento del constructo de base.* Se refiere a la especificación de un constructo o teoría de base que se comparará con los datos aportados por el cuestionario. Si se está en el proceso de construir uno, se tendrá resuelto este paso en las primeras etapas.

*Especificación del modelo.* Este paso dependerá del software utilizado para hacer los análisis. Algunos programas permiten hacer esos análisis dibujando simplemente el diagrama del constructo de base, lo que se ejemplifica de manera muy simplificada en la Figura 3. En ella se muestran los símbolos utilizados.

Los rectángulos son respuestas observables (indicadores empíricos o puntajes de reactivos); los círculos u óvalos son variables inobservables (que pueden ser dimensiones, constructos o términos de error); las flechas unidireccionales plantean rela-

<sup>4</sup> El lector interesado puede consultar trabajos como el de Schreiber, Stage, King, Nora y Barlow (2006), o el manual de Arbuckle (2010). Aquí se enlistan solamente los pasos principales.

**Figura 3.** Ejemplo de análisis factorial confirmatorio. El constructo (muy simplificado) está representado por dos reactivos, que son las únicas puntuaciones empíricas que se obtienen de los sujetos (rectángulos, respuestas observables). Ambas respuestas son medidas indirectas del constructo inobservable “riesgo percibido” (óvalo). Los términos de error (eRPsoc, eRPfam y eRP) son también inobservables y, al igual que el constructo principal, determinan la puntuación de los sujetos en ambos reactivos. Las flechas dan cuenta de esta relación de determinación unidireccional. Para mayores detalles véase el texto.



ciones directas y no recíprocas entre variables y, aunque no se muestran en el ejemplo, las flechas bidireccionales se utilizan para indicar correlación entre dos variables.

*Obtención de las relaciones entre las variables.* Tras el paso anterior se puede proceder al análisis, que dará generalmente dos tipos de resultados: los coeficientes de correlación entre las diferentes variables, y la varianza explicada por las variables inobservables que convergen en una variable observable en particular. En la Figura 3 se presenta un ejemplo de lo anterior en una escala de solamente dos reactivos. Encima de cada línea se muestra el coeficiente de correlación correspondiente, y encima de cada cuadro la varianza explicada por la variable con la que está relacionado. El factor común o constructo de base explica mucho más varianza de la variable RPsoc (19%) que de RPfamiliar (apenas 1%).

*Ajuste de los datos al modelo propuesto.* Este es el verdadero paso crítico del AFC, pues proporciona los índices que contrastan la hipótesis de que los datos del cuestionario se ajustan al modelo teórico especificado. La mayoría de los programas proporciona un gran número de índices de ajuste. No existe un índice de ajuste perfecto ni completamente consensuado, pero se ha demostrado en estudios de simulación que el índice comparativo de ajuste (*comparative fit index*, o CFI) y la raíz cuadrada del error de aproximación (*root mean square error of approximation*, o RMSEA) predicen, en conjunto, un adecuado ajuste de los datos al modelo. Los valores óptimos de ambos índices son, a

saber:  $CFI > 0.90$ ;  $RMSEA \geq 0.03$  y  $\leq 0.08$  (Schreiber et al., 2006).

Una de las grandes ventajas del AFC es que permite decidir cuál de los distintos modelos teóricos en conflicto se ajusta mejor a una serie de datos empíricos (Lloret et al., 2014). Así, el investigador puede, por ejemplo, decidir si su constructo está representado de manera óptima por dos, tres o más factores en la población que estudia. Esto es particularmente útil cuando en la literatura se reportan varias estructuras factoriales diferentes y el investigador debe de decidir cuál se ajusta mejor a sus datos. Esto se hace especificando cada uno de los modelos en el programa y comparando sus índices de ajuste respectivos. El modelo con mejores índices de ajuste será el que mejor explique los datos. Una nota precautoria: siempre debe tenerse en cuenta que con muestras grandes y reactivos ambiguos (que tienen carga en más de un factor), el AFC puede mostrar índices de ajuste inadecuados, aun cuando no lo sean realmente (Lloret et al., 2014). Ya Ferrando y Lorenzo (2000) han propuesto algunos procedimientos para lidiar con este problema.

*Modificaciones al modelo propuesto.* Cuando los índices de ajuste no son adecuados, conviene eliminar los reactivos (e incluso las dimensiones) con menores correlaciones o varianza explicada. Una poda cuidadosa de los reactivos puede mejorar los índices de ajuste, pero debe tenerse en cuenta que cuando la muestra es demasiado grande, cualquier mínima discrepancia entre los datos y el constructo dará lugar a índices inaceptables (Lloret et al.,



2014). Esto puede solucionarse dividiendo la muestra en partes iguales y haciendo el procedimiento en cada una, o bien tomando al azar una muestra más pequeña de los datos recopilados.

### *Validez predictiva*

Este tipo de validez hace referencia a que los resultados de la aplicación del instrumento concuerdan con los que se obtienen de estudios empíricos. En términos científicos, tiene una importancia crítica porque demuestra que las mediciones no únicamente reproducen la teoría, sino también los resultados empíricos obtenidos con otro tipo de estudios. Por ejemplo, si la teoría predice que los puntajes del rasgo medido diferirán entre hombres y mujeres, los puntajes obtenidos con el instrumento *deben* de ser diferentes para hombres y mujeres. La validez predictiva de un instrumento aumenta a medida que aumentan los resultados que avalan su desempeño satisfactorio o su capacidad de anticipar una situación o resultado (Oluwatayo, 2012).

### **Confiabilidad**

Un cuestionario es confiable si la medida que proporciona es estable a través del tiempo, o si dos o más evaluadores obtienen la misma medida en el mismo momento de aplicación. La confiabilidad es muy útil para determinar qué tan precisa es la medición obtenida con el instrumento (Houser, 2008). Como la confiabilidad del instrumento puede verse afectada por una gran diversidad de factores, las puntuaciones de los individuos siempre están sujetas a errores aleatorios. Nunca se obtiene la puntuación *verdadera* de la característica que se pretende medir. Debido a ello, no existe un procedimiento para obtener directamente la confiabilidad de una escala o instrumento de medición; pero sí puede estimarse por medio de distintos procedimientos estadísticos, todos los cuales se basan en el uso de coeficientes de correlación (Aiken, 2003; Aliaga, 2006). La confiabilidad se reporta en forma de un coeficiente que varía entre 0 (ausencia total de confiabilidad) y 1 (repetitividad perfecta de la medición).

En términos psicométricos, el mayor valor del coeficiente de confiabilidad es que permite *estimar* la puntuación verdadera de las personas *para un nivel de confianza dado*. Para lograrlo, se

debe calcular primero el coeficiente de confiabilidad mediante alguno de los procedimientos que se reseñan más adelante. Luego, debe calcularse el error estándar de medición (EEM) utilizando la desviación estándar de las puntuaciones obtenidas por los individuos (s), y el coeficiente de confiabilidad calculado (rxx) por medio de la fórmula  $EEM = s \sqrt{1 - r_{xx}}$

Una vez obtenido el EEM, la puntuación verdadera (PV) de cada individuo se estima de la puntuación obtenida en la prueba (PO) para un nivel de confianza dado por medio de las fórmulas:

$$PV = PO \pm EEM \text{ (Con 68\% de confianza).}$$

$$PV = PO \pm 2 EEM \text{ (Con 95\% de confianza).}$$

$$PV = PO \pm 3 EEM \text{ (Con 99\% de confianza).}$$

Observando lo anterior, es fácil entender la importancia de que un instrumento tenga un coeficiente de confiabilidad alto. Mientras mayor sea su confiabilidad, mayor será la precisión con la que estime la puntuación verdadera del individuo para un nivel de confianza dado. En la misma proporción, serán más precisas las decisiones que se tomen con las puntuaciones del instrumento, en el caso de que sea válido. Considérese como ejemplo un instrumento de percepción de riesgo con reactivos tipo Likert y puntuaciones totales con valores de entre 10 y 50, el cual se aplica a una muestra de trescientas personas. Tras la aplicación, se obtiene una media de las puntuaciones de 25 y una desviación estándar de 5. Como también interesa clasificar a los individuos en niveles de percepción, se construyen tres categorías basadas en la división en terciles de las puntuaciones obtenidas; así, una persona con puntuación por arriba de 33 tiene un puntaje de percepción de riesgo alto, otra con puntaje de 21 a 32 un puntaje intermedio, y 20 o menos corresponde a una baja percepción de riesgo. Imaginemos ahora a un individuo con una puntuación obtenida de 27, el cual calificaría en el grupo de percepción de riesgo intermedio. Por lo anteriormente discutido, se sabe que esta puntuación no corresponde a su puntuación real, pero la misma puede ser estimada por medio de las fórmulas reseñadas. Si la escala tiene un coeficiente de confiabilidad de 0.90, la puntuación verdadera debe estar, con una probabilidad de 95%, en un rango de  $27 \pm 2$  (1.5), es decir, entre 30 y 24. Cualquiera de estos puntajes sigue situando a esa persona en la categoría de riesgo intermedio. Pero si el instru-

mento tiene coeficiente de confiabilidad de 0.50, los valores anteriores se transforman a  $27 \pm 2$  (3.5), y en consecuencia su puntuación verdadera estará, con un 95% de probabilidad, entre 34 y 20. Es decir, *la puntuación verdadera podría corresponder a cualquiera de las tres categorías*. Casi está de más de decir que para un instrumento tan poco confiable, la clasificación en categorías carece de sentido (y asimismo las decisiones que se tomen con base en ellas).

Los métodos más habituales para estimar la confiabilidad se reseñan a continuación<sup>5</sup>.

*Confiabilidad test-retest.* Se aplica el mismo instrumento a los mismos individuos en dos momentos lo suficientemente separados en el tiempo como para que los efectos de la memorización se reduzcan al mínimo. Las puntuaciones obtenidas se correlacionan con la técnica apropiada (generalmente los coeficientes de correlación de Pearson o Spearman). Es el método más sólido para rasgos que son estables en el tiempo.

*Formas paralelas.* Las formas paralelas son instrumentos construidos para medir el mismo constructo con diferentes reactivos. Se considera que las dos o más formas paralelas son el mismo instrumento, lo que permite reducir considerablemente el intervalo que debe transcurrir entre las dos aplicaciones. Tiene el inconveniente de que es necesario demostrar la equivalencia en contenido y estructura de las formas que se utilicen, lo cual puede hacerse mediante técnicas de jueceo y análisis factorial confirmatorio.

*División en mitades emparejadas.* Este método consiste en dividir la prueba en dos mitades para determinar el coeficiente de confiabilidad entre las puntuaciones de ambas. Se basa en la lógica de que, como todos los reactivos están en la misma escala y miden el mismo constructo, se pueden obtener dos formas paralelas de la misma prueba. La división en mitades puede hacerse por el método de pares y nones (reactivos 1, 3, 5... vs. 2, 4, 6...) o con el primer 50% contra el segundo 50% de los reactivos de la prueba. Como la división acorta el instrumento, el coeficiente de correlación ob-

tenido debe ajustarse por medio de la fórmula de Spearman-Brown (Aiken, 2003).

*Método de la equivalencia racional (consistencia interna).* Es una extensión del procedimiento anterior. Su planteamiento básico es que todos los reactivos pueden considerarse como instrumentos paralelos, y el coeficiente de correlación conjunto permitirá determinar la confiabilidad total de la prueba. La fórmula más general para determinar la confiabilidad por este procedimiento es el coeficiente alfa de Cronbach, que se ha convertido en una especie de “estándar de oro”. Sin embargo, se aplica de manera incorrecta la mayor parte de las veces (Elosua y Zumbo, 2008). Como la fórmula para determinarlo emplea un coeficiente de correlación de producto-momento de Pearson, exige que los datos cumplan el requisito de normalidad multivariante para proporcionar resultados consistentes. En la práctica, tal supuesto se comprueba pocas veces, y existen trabajos que demuestran que el coeficiente alfa de Cronbach suele subestimar la confiabilidad cuando se aplica a datos que no lo satisfacen. En estos casos se deben emplear los otros procedimientos ya reseñados, o alguna de las formulaciones no paramétricas del citado coeficiente (Elosua y Zumbo, 2008).

### Normas de puntuación

Las puntuaciones obtenidas en un instrumento generalmente requieren un proceso de interpretación o transformación. De acuerdo con la TCT, no es lícito utilizar las normas de puntuación obtenidas en un grupo para interpretar las puntuaciones de un individuo que pertenece a un grupo diferente debido a que las normas de puntuación son propiedades de la muestra en la que se han determinado, no del instrumento en sí mismo (Aiken, 2003). Para solucionar este problema se procede de dos formas: se transforman las puntuaciones a escalas normalizadas o se determinan puntos de corte apropiados para cada grupo en cada estudio que se realice (Muñiz, 1997).

Los métodos de transformación de los puntajes que más se utilizan consideran la conversión de las puntuaciones brutas obtenidas en rangos percentilares o en puntuaciones normalizadas Z o T. Para ello, se debe transformar el puntaje obtenido

<sup>5</sup> Una exposición detallada de los mismos puede consultarse en Anastasi y Urbina (1998) y Aiken (2003).

por cada persona utilizando los valores obtenidos dentro de su grupo de referencia<sup>6</sup>. Esta transformación permite, en teoría, comparar la puntuación de un individuo en particular con la de otro individuo de otro grupo de referencia, para lo cual se requiere administrar el instrumento a una muestra representativa de la población de la que proceda el sujeto con el fin de determinar los parámetros necesarios para la transformación.

En ocasiones no importa tanto comparar a dos individuos, sino establecer si la puntuación del cuestionario indica la presencia de un rasgo o una situación de interés, generalmente con propósitos clínicos o de diagnóstico. En este caso, los puntos de corte suelen determinarse con base en criterios externos, comparando las puntuaciones del instrumento con un “estándar de oro” con muy alta sensibilidad y especificidad, o bien con criterios clínicos ampliamente consensuados entre la comunidad de especialistas en el campo de interés. El punto de corte utilizado se determinará generalmente mediante el método de la curva ROC, tomando como tal aquel que maximice los valores de sensibilidad y especificidad (Cerdeña y Cifuentes, 2010). También en este caso será necesario determinar el punto de corte para cada población particular, toda vez que la prevalencia del rasgo o patología medidos afecta directamente los valores predictivos del punto de corte determinado (Jaeschke, Guyatt y Sackett, 1994). Un método alternativo,

completamente referido a la muestra en la que se han determinado las puntuaciones, es utilizar la puntuación que corresponda al límite inferior del cuartil o tercil superior de la muestra recabada. Aunque no es un criterio objetivo, se utiliza de manera heurística en algunas investigaciones, siempre que no se comparen las puntuaciones brutas sino precisamente los límites inferiores de los cuartiles o terciles correspondientes (Aiken, 2003; Muñiz, 1997).

A modo de conclusión, debe resaltarse que pese a la existencia de una gran variedad de técnicas de recolección de datos en la investigación de la psicología de la salud, los instrumentos y escalas de medición en la psicología muestran múltiples ventajas, como su conveniencia; la facilidad de ser aplicados simultáneamente a una gran cantidad de personas; la facilidad para su calificación, clasificación e interpretación, y la multiplicidad de formatos que son posibles para su aplicación. Sin embargo, todas estas ventajas dependen de que su construcción, validación y uso se apeguen al empleo de técnicas psicométricas robustas debidamente contrastadas por estudios empíricos y con datos reales y simulados. Es posible considerar que las recomendaciones y la literatura reseñada en el presente trabajo contribuirán, como una referencia mínima, a cubrir estos aspectos de la construcción y la validación de escalas e instrumentos en la psicología de la salud.

## REFERENCIAS

- Aiken, L. (2003). *Tests psicológicos y evaluación* (11ª ed.). México: Pearson Educación.
- Aliaga T., J. (2006). Psicometría: tests psicométricos, confiabilidad y validez. En A. Quintana y W. Montgomery (Eds.): *Psicología: Tópicos de actualidad*. Lima: UNMSM.
- Anastasi, A. y Urbina, S. (1998). *Tests psicológicos* (7ª ed.). México: Prentice-Hall.
- Arbuckle, J.L. (2010). *IBM SPSS® Amos™ 19 User's Guide*. Crewfordville, Fl: Amos Development Corporation.
- Ato, M., Benavente, A. y López, J.J. (2006). Análisis comparativo de tres enfoques para evaluar el acuerdo entre observadores. *Psicothema*, 18(3), 638-645.
- Batista F., J.M., Coenders, G. y Alonso, J. (2004). Análisis factorial confirmatorio. Su utilidad en la validación de cuestionarios relacionados con la salud. *Medicina Clínica*. 122(supl. 1), 21-27.
- Beaver, A.S., Lounsbury, J.W., Richards, J.K., Huck, S.W., Skolits, G.J. y Esquivel, S.L. (2013). Practical considerations for using exploratory factor analysis in educational research. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 18(6), 1-13.
- Briggs, N.E. y MacCallum, R.C. (2003). Recovery of weak common factors by maximum likelihood and ordinary least squares estimation. *Multivariate Behavioral Research*, 38, 25-56.
- Chalmers, R.P. (2012). MIRT: A multidimensional Item Response Theory Package for the R environment. *Journal of Statistical Software*, 48, 1-29.

<sup>6</sup>Para más información, consúltese Anastasi y Urbina (1998) y Aiken (2003).

- Cerda J., L. y Cifuentes L., A. (2010). Uso de tests diagnósticos en la práctica clínica (Parte 1). Análisis de las propiedades de un test diagnóstico. *Revista Chilena de Infectología*, 27, 205-208.
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20, 37-46.
- Cohen, R., Swerdlik, M. (2001). *Pruebas y evaluación psicológicas: Introducción a las pruebas y a la medición* (4ª ed.). México: McGraw-Hill.
- Cook, D.A., Beckman, T.J. (2006). Current concepts in validity and reliability for psychometric instruments: Theory and application. *The American Journal of Medicine*, 119, 166.e7-166.e16.
- Escobar P., J. y Cuervo M., A. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en Medición*, 6, 27-36.
- Elosua P., O. y Zumbo B., D. (2008). Coeficientes de fiabilidad para escalas de respuesta categórica ordenada. *Psicothema*, 20(4), 896-901.
- Fabrigar, L.R., Wegener, D.T., MacCallum, R.C. y Strahan, E.J. (1999). Evaluating the use of exploratory factor analysis in psychological research. *Psychological Methods*, 4, 272-299.
- Ferrando P., J. y Lorenzo S., U. (2000). Unrestricted versus restricted factor analysis of multidimensional test items: some aspects of the problem and some suggestions. *Psicologica*, 21, 301-323.
- Ferrando, P.J. y Anguiano C., C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en Psicología. *Papeles del Psicólogo*, 31, 18-33.
- Gaskin, C.J. y Happell, B. (2014). On exploratory factor analysis: A review of recent evidence, an assessment of current practice, and recommendations for future use. *International Journal of Nursing Studies*, 51, 511-521.
- Green, S.B., Levy, R., Thompson, M.S., Lu, M. y Wen-Juo, L. (2012). A proposed solution to the problem with using completely random data to assess the number of factors with parallel analysis. *Educational and Psychological Measurement*, 72, 377-393.
- Green, S.B., Thompson, M.S., Levy, R. y Wen-Juo, L. (2015). Type I and type II error rates and overall accuracy of the revised parallel analysis method for determining the number of factors. *Educational and Psychological Measurement*, 75, 428-457.
- Gwet, K.L. (2012). *Handbook of inter-rater reliability* (3<sup>th</sup> ed.). Gaithersburg, MD: Advanced Analytics, LLC.
- Han, K.T. y Paek, I. (2014). A review of commercial software packages for multidimensional IRT modeling. *Applied Psychological Measurement* [On line], 1-13. doi: 10.1177/0146621614536770
- Haynes, S.N., Richard, D.C.S. y Kubany, D.S. (1995). Content validity in psychological assessment: A functional approach to concepts and methods. *Psychological Assessment*, 7(3), 238-247.
- Hayton, J.C., Allen, D.G. y Scarpello, V. (2004). Factor retention decisions in factor analysis: A tutorial on parallel analysis. *Organizational Research Methods*, 7, 191-205.
- Henson, R.K. y Roberts, J.K. (2006). Use of factor analysis in published research: Common errors and some comment on improved practice. *Educational and Psychological Measurement*, 66, 393-416.
- Hernández S., R., Fernández C., C. y Baptista L., P. (2010). *Metodología de la investigación* (6ª ed.). México: McGraw-Hill.
- Horn, J.L. (1965). A rationale and test for the number of factors in factor analysis. *Psychometrika*, 32, 179-185.
- Houser, J. (2008). Precision, reliability and validity: essential elements of measurement in nursing research. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 13, 297-299.
- Jaeschke, R., Guyatt, G. y Sackett, D.L. (1994). Users' guides to the medical literature: III. How to use an article about a diagnostic test: A. Are the results of the study valid? *Journal of the American Medical Association*, 271, 389-391.
- Juárez G., A., Idrovo, A.J., Camacho Á., A. y Placencia R., O. (2014). Síndrome de burnout en población mexicana: una revisión sistemática. *Salud Mental*, 37, 159-176.
- Jung, S. (2013). Exploratory factor analysis with small sample sizes: A comparison of three approaches. *Behavioural Processes*, 97, 90-95.
- Lawshe, C.H. (1975). A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology*, 28, 563-575.
- Lorenzo S., U., Timmerman, M.E. y Kiers, H.A.L. (2011). The Hull method for selecting the number of common factors. *Multivariate Behavioral Research*, 46, 340-364.
- Lloret S., S., Ferreres T., A., Hernández B., A. y Tomás M., I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica revisada y actualizada. *Anales de Psicología*, 30, 1151-1169.
- Messick, S. (1991). Validity of test interpretation and use. En M.C. Alkin (Ed.): *Encyclopedia of Educational Research* (6<sup>th</sup> ed.). New York: McMillan.
- Muñiz, J. (1997). *Introducción a la teoría de respuesta a los ítems*. Madrid: Pirámide.
- Muñiz, J. (2010). Las teorías de los tests: teoría clásica y teoría de respuesta a los ítems. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 57-66.
- Oluwatayo, J.A. (2012). Validity and reliability issues in educational research. *Journal of Educational and Social Research*, 2(2), 391-400.

- Prieto, G. y Delgado A., R. (2010). Fiabilidad y validez. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 67-74.
- Ruscio, J. y Roche, B. (2012). Determining the number of factors to retain in an exploratory factor analysis using comparison data of known factorial structure. *Psychological Assessment*, 24, 282-292.
- Schreiber, J.B., Stage, F.K., King, J., Nora, A. y Barlow, E.A. (2006). Reporting structural equation modeling and confirmatory factor analysis results: a review. *The Journal of Educational Research*, 99(6), 323-337.
- Shoukri, M.M. (2004). *Measures of interobserver agreement*. Boca Raton, FLO: Chapman & Hall/CRC.
- Ximénez M., C. y García A., G. (2005). Comparación de los métodos de estimación de máxima verosimilitud y mínimos cuadrados no ponderados en el análisis factorial confirmatorio mediante simulación Monte Carlo. *Psicothema*, 17, 528-535.



# Prácticas sexuales y anticoncepción en hombres jóvenes: una mirada de género<sup>1</sup>

## *Sex and contraception practices in young men: A gender perspective*

María Alejandra Salguero Velázquez, Gilberto Pérez Campos,  
Cinthia Dafne Ayala Jiménez y Montserrat Soriano Chavero<sup>2</sup>

### RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo documentar las prácticas sexuales y el uso de anticoncepción en la trayectoria de vida de hombres jóvenes. Se utilizó una metodología cualitativa, empleando para ello entrevistas en profundidad. Los ejes de análisis fueron las prácticas sexuales y de anticoncepción en la relación de pareja. El análisis de resultados a través de la técnica de bricolaje muestra que la vivencia, significado de la sexualidad y uso de la anticoncepción están mediados por el tipo de relación de pareja (formal o informal), donde los estereotipos de género están presentes en la sexualidad de los varones.

**Palabras claves:** Género; Sexualidad; Anticoncepción; Hombres jóvenes; Relación de pareja.

### ABSTRACT

*The objective of the present study was to explore sexual practices and the use of contraceptives in the sexually active life trajectory of young men. A qualitative methodology, based on in-depth interviews was used; data were elaborated through bricolage analysis. The main lines of analysis included the experience of sexuality, and the use of contraception in sexual relations. Results show that for these young men the experience and meaning of sexual relationships, as well as the use of contraceptives, are mediated by the nature of the couple relationship (formal or informal) and by certain gender stereotypes.*

**Key words:** Gender; Sexuality; Young men; Contraception; Couple relationship.

## INTRODUCCIÓN

La mirada teórica desde la cual se llevó a cabo el presente trabajo es la perspectiva sociocultural de género, en el que la sexualidad y la reproducción se consideran procesos de construcción históricos, sociales y culturales, expuestos a discursos y prácticas del mundo heteronormativo, en que se plantean formas de pensar, desear, sentir y vivir que son diferentes en hombres y mujeres, lo que genera la mayoría de las veces tensiones y contradicciones al incorporar el carácter relacional, donde entran en juego relaciones

<sup>1</sup> El presente trabajo forma parte del proyecto de investigación “Significado y vivencia de la maternidad y paternidad en jóvenes universitarios”, el cual recibió financiamiento del proyecto PAPIIT RN306813. Una primera versión se presentó en el XI Coloquio Nacional de la Red de Estudios de Género del Pacífico Mexicano, Oaxaca, Oax., 5-6 de junio de 2014. Artículo recibido el 27 de mayo y aceptado el 24 de noviembre de 2015.

<sup>2</sup> Carrera de Psicología, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, Av. De los Barrios Núm.1, Los Reyes Iztacala, 54090 Tlalnepantla, Edo. de México, México, correos electrónicos: alevs@unam.mx; gpc.fesi@gmail.com; soriachavero@gmail.com y dafne444@gmail.com.



de poder a partir de los roles y expectativas definidas socioculturalmente para unos y otras.

Respecto a los varones, existe la creencia de que el deseo y la sexualidad son necesidades incontrolables, una poderosa fuerza natural, un imperativo biológico misteriosamente localizado en los genitales. Estas concepciones de sentido común forman parte no solo de la representación preconstruida y las imágenes que se forman acerca del comportamiento de los varones, sino que en ocasiones también son parte del corpus académico en el terreno de la investigación. Bourdieu y Wacquant (2005) señalan que “No es suficiente romper con el sentido común ordinario, o con el sentido común académico en su forma habitual. Debemos romper también con los instrumentos que niegan la experiencia misma contra la cual han sido contruidos” (p. 346). Lo anterior implica cuestionar lo obvio, lo que se ha dado por sentado, atreverse a indagar, a crear nuevas miradas y formas de pensar.

En ese sentido, el logro del trabajo feminista fue desmontar la sexualidad del ámbito de lo “natural” y colocarla como un proceso de construcción sociocultural e histórica en cuanto que incorpora una gran cantidad de significados; formas de vivencia y experiencia a partir de las posibilidades biológicas, psicológicas y socioculturales; identidades de género; diferencias corporales; capacidades reproductivas; necesidades; deseos; fantasías; prácticas eróticas, y valores, los cuales pueden variar en cada cultura o grupo social.

Se retoma aquí el planteamiento de Foucault (1987) sobre la sexualidad, específicamente respecto a la relación entre los discursos, significados y prácticas con historia. Es a partir de las prácticas por las que los individuos se ven llevados a prestar atención a ellos mismos, a descubrirse, reconocerse y construirse como sujetos de deseo y de sexualidad. Son las instituciones las que, a través de discursos y prácticas reglamentadas, “sugieren, dan opiniones y consejos” sobre cómo actuar en relación con uno mismo y con los demás. En el caso de los varones, señala Foucault (1988): “El dominio sobre sí mismo es una manera de ser hombre en relación consigo mismo, es decir, de mandar sobre lo que debe ser mandado, de obligar a la obediencia, de imponer los principios de la razón, una forma de ser activo, en relación con quien por naturaleza es pasivo y debe seguirlo siendo. En esta moral de

hombres, la elaboración de sí como sujeto moral consiste en instaurar una estructura de virilidad: sólo siendo hombre frente a sí mismo podrá controlar y dominar la actividad que ejerce frente a los demás en la práctica de sexualidad” (p. 81).

El concepto de “prácticas de sexualidad” incorpora ideologías, discursos, representaciones y valores que los individuos construyen, los que a su vez regulan, orientan y restringen sus prácticas corporales eróticas, tanto en su dimensión placentera como en la elección del objeto del placer. Desde una concepción dicotómica, la mujer es considerada como carente de deseo sexual o de iniciativa en la búsqueda de dichos encuentros, en tanto que el hombre, al ser activo, puede tener apetitos y llevar a cabo estrategias para satisfacerlos; la mujer, al ser pasiva, únicamente es un receptáculo del placer del otro en nombre del amor y de la posibilidad de la reproducción (Núñez, 2007; Vendrell, 2010). En ese sentido es posible decir que la búsqueda del deseo y las prácticas de sexualidad son una parte importante del *deber ser* genérico.

La sexualidad, tener sexo y desear relaciones sexuales son signos constitutivos del ser hombre, de la identidad masculina (Kaufman, 1994; Núñez, 2007; Seidler, 2000). Si bien el sentido común considera que la sexualidad está en la “naturaleza” de los hombres, desde una perspectiva sociocultural de género tal concepto de sexualidad en los varones forma parte de un proceso sociocultural de aprendizaje que se inicia en la familia, con los amigos y amigas en la pubertad y la adolescencia, y continúa a lo largo de la trayectoria de vida. Este saber los coloca, ya en la adultez, visualizándose como poseedores del “conocimiento del mundo, del ser hombres”, donde las prácticas de la sexualidad pueden asumir diferencias en función del objeto de deseo a través del tipo de relación de pareja: formal o informal.

Así, el significado que los varones otorgan a la sexualidad y a las prácticas en las que se involucran son diversas y complejas; incorporan sugerencias, indicaciones, recomendaciones, comentarios de los amigos y en los medios de comunicación, además de las exigencias a partir de los señalamientos implícitos acerca del desempeño de los hombres o las mujeres (De Jesús y Cabello, 2011).

El interés particular de este trabajo fue explorar las prácticas de sexualidad y su relación con

el uso de la anticoncepción en jóvenes pues, como afirma Sánchez (2004), las negociaciones que los jóvenes entablan como pareja se encuentran limitadas por la necesidad de proyectar una imagen que sea acorde a los ideales de hombre o mujer que circulan en la sociedad, retomando imágenes en las que predominan el amor-pasión como característica masculina y el amor romántico como parte de la sexualidad femenina. El primero implica una conexión intensa entre el amor y la atracción sexual; en el segundo, los afectos, no el deseo sexual.

Los discursos sobre sexualidad generalmente incorporan estereotipos de género en los que predomina un “deber ser” dicotómico, es decir, las mujeres deben mostrarse reacias ante la conquista, guiar sus relaciones sexuales y de pareja por el amor romántico, mostrarse fieles y presumir de saber poco sobre temas relacionados con la sexualidad, características que les asegurarán gran parte del respeto y reconocimiento de su pareja masculina, gracias a lo cual pueden ser “elegidas” como parejas formales a través del noviazgo.

A diferencia de los discursos sobre sexualidad en las mujeres, los hombres deben aprender técnicas de seducción que ayuden a que las mujeres accedan a tener relaciones sexuales con ellos, como prometerles amor o insistir ante sus negativas, apoyados en lo que se espera socialmente de ellos, como tener relaciones sexuales por solo experimentar o tener múltiples parejas. Los juegos de seducción cobran sentido en este contexto, pues para acceder al intercambio sexual con una mujer el varón “juega a estar enamorado” de ella. Lo mismo puede suceder con el juego sexual en el que la mujer se resiste y el varón la presiona, actitud que a ella le permite canalizar su deseo sexual sin hacerlo explícito.

Quintana y Vásquez (1998) consideran que algo muy importante para los hombres es tener más experiencia que las mujeres en todo lo relacionado con la sexualidad, por lo que es a ellos a quienes les corresponde proponer tener relaciones sexuales (cómo hacerlo, cuándo, dónde, etc.). Cuando las mujeres lo proponen, son descalificadas tanto por los hombres como por las mujeres al considerarse que es una práctica demasiado osada.

De esta manera, la búsqueda de una pareja —ya sea para pasar el rato o para entablar una relación seria— incorpora ideas y significados sobre

los roles de participación y posturas respecto a las prácticas afectivas y sexuales. Un ejemplo de ello es el estudio realizado por Romo (2008), en el que se documentan ciertas categorías de relación, como “amigovios”, “amigos con derechos” y “noviecillos informales”, que en las relaciones sexuales se ven como algo pasajero para disfrutar el momento y que forman parte de un proceso de aprendizaje. En relación a las parejas formales, el amor requiere del sexo como una forma de hacer más íntima la relación, de reforzar el amor, de compartir experiencias y el aprendizaje mutuo. Sin embargo, en ambos casos las relaciones sexuales son vistas con reserva y siempre con temor a un posible embarazo. En las relaciones informales está presente además el miedo al contagio de enfermedades de transmisión sexual.

Lo anterior expresa una doble moral relacionada con la sexualidad y la reproducción, pues mientras genera una normatividad cerrada y prohibitiva para las mujeres, el varón goza de un referente más permisivo y abierto (Careaga, Figueroa y Mejía, 1996; Jones, 2010). Habría que indagar si la permisividad se corresponde con la incorporación del cuidado reproductivo.

### Anticoncepción en jóvenes

La Encuesta Nacional en Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT) (Secretaría de Salud e Instituto Nacional de Salud Pública, 2012) reportó que 60% de los jóvenes que inician su vida sexual entre los 15 y 19 años de edad no utilizan anticonceptivos en sus relaciones sexuales. Ello ofrece un panorama del comportamiento sexual que trae consigo diversas consecuencias, como una baja percepción del riesgo relacionada con la no utilización de métodos anticonceptivos, la posibilidad de un embarazo no previsto y la transformación de la trayectoria de vida.

Al respecto, Sánchez (2004) considera que los mismos discursos de los jóvenes difieren de sus acciones; esto es, dicen que tener relaciones sexuales sin usar anticonceptivos es irresponsable, pero que ellos mismos no los usan debido a la excitación del momento, a que conocen a su pareja, al temor de abordar el tema, a ser sancionados o la misma irresponsabilidad. Además, para los jóvenes comprar anticonceptivos será una demostración social de hombría y para las mujeres una evidencia del

poco respeto que sienten por sí mismas. En las parejas estables, generalmente existe un común acuerdo en la compra de anticonceptivos, siendo el hombre quien da el dinero necesario para que la mujer utilice métodos hormonales.

El significado que tiene para los hombres el uso del condón durante el sexo ocasional es de responsabilidad y de protección contra los embarazos no deseados, mientras que en las parejas estables se le concibe como un método de planificación familiar (Szasz, 1998).

Considera Gutmann (2011) que uno de los errores al hablar de sexualidad masculina es pensar que la procreación y la salud reproductiva son cuestiones que atañen solo a la mujer, que la sexualidad responde a la reproducción y que existe una desvinculación entre el amor, la sexualidad y la procreación en los varones.

Con base en las consideraciones anteriores, el objetivo de la investigación fue documentar las prácticas sexuales y el uso de anticoncepción en la trayectoria de vida de hombres jóvenes, para examinar la medida en que se articulan y toman distancia respecto de los ideales y estereotipos de género.

El presente trabajo forma parte de un proyecto más amplio denominado "Significado y vivencia de la maternidad y la paternidad en la trayectoria de vida de estudiantes universitarios". Un planteamiento inicial fue identificar la complejidad de la práctica social en el proceso de construcción de trayectorias de vida en estudiantes universitarios, visualizando y señalando la extensa heterogeneidad y complejidad de las relaciones familiares, escolares, de amigos, pares o pareja en su proceso de formación como personas, en tanto formas de pensamiento, comportamiento y sentimiento.

## MÉTODO

### Participantes

Participaron jóvenes estudiantes de nivel licenciatura, con quienes el contacto se estableció de manera personal en la universidad donde cursaban sus estudios. Se les invitó a participar en la investigación debido a su trayectoria académica hasta antes del embarazo de su pareja, ya que tenían un promedio de 8.5 en sus calificaciones y no adeu-

daban materias. Aceptaron la invitación para ser entrevistados, lo que se llevó a cabo en un edificio de la institución.

En este trabajo se incluyen los datos de solamente tres jóvenes a quienes se asignaron nombres ficticios para resguardar su identidad personal y sus historias de vida, con base en los principios de confidencialidad y consentimiento informado establecidos en la ética de la investigación: José, Enrique y Andrés, de 23, 25 y 22 años de edad, respectivamente, quienes cursaban el tercer semestre de la carrera de Psicología de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, ubicada en el Estado de México (México). Dichos jóvenes vivían como hijos de familia en el hogar de sus padres, quienes asumían sus gastos económicos durante el período escolar. El nivel socioeconómico medio de sus familias permitía a los participantes cubrir sus necesidades de vivienda y transporte, así como asistir a conciertos musicales, a fiestas con amigos o a alguna otra actividad propia de la cultura juvenil.

### Procedimiento

La conducción de entrevistas (cf. Kvale, 2011) se realizó en diferentes lugares y su duración fue de entre 60 y 120 minutos; fueron audiograbadas y transcritas en su totalidad.

Quienes llevaron a cabo las entrevistas con los jóvenes fueron dos egresadas de la carrera de Psicología que participaban en el proyecto como becarias. Se consideró que la relación de joven a joven era importante en el proceso de negociación con los estudiantes participantes y también en la conducción de las entrevistas.

## RESULTADOS

### Prácticas de sexualidad en las relaciones formales

Para algunos hombres jóvenes, las relaciones de pareja se formalizan una vez que se cubren ciertos requisitos, como la atracción física, el tiempo de convivencia, el conocimiento mutuo y la amistad, deseando que la relación sea socialmente reconocida siendo ellos quienes se declaran y establecen la relación como noviazgo.

“Tenía que congeniar con ella, que me gustara físicamente; también tenía que conocerla, y ya si me atraía su forma de ser y su aspecto físico, era cuando decidía hacerla mi novia; bueno, plantárselo” (Enrique).

«No se quedaba en nada, como que simplemente “vamos a andar”, sí, “vamos a andar”. Sólo después de un tiempo se plantea la pregunta “¿Quieres que sea formal?”... Yo fui el que me le acerqué, bueno, y me le declaré» (José).

A veces, las parejas son presentadas a la familia, tratándolas de manera diferente según sean “de verdad” o no. Comenta Andrés: “Pues con mis novias, las que son de verdad, las que mis papás han conocido, pues esas ya necesitan otro trato”. Aquí establecen compromisos, acuerdan implícitamente no involucrarse en cualquier otro tipo de relación, y también implantan tiempos para conocerse, ya sea en un plano afectivo o íntimo.

Las prácticas sexuales en la relación formal se consideran importantes debido a que los hombres han aprendido que son una forma de conocer a su pareja y profundizar así el noviazgo. Cuando la novia es una persona significativa, no la presionan sexualmente sino que esperan hasta que ella decida el momento adecuado, como señala Andrés: “Uno tiene que ir acomodándose a lo que ellas dicen y quieren. Es como una negociación que necesita que ambos estén de acuerdo”. Sin embargo, para lograr que accedan, buscan estrategias que van aprendiendo a lo largo de su vida y desarrollan habilidades orientadas a conocer más sobre ellas y sobre la manera en que pueden tratarlas, esforzándose más en el cortejo: “O sea, tienes que tratarlas bien, hablarle bonito, a lo mejor regalarle cosas; o sea, tener cierto colmillo como hombre para que lleguen a caer en tus redes” (Enrique).

Se observa un contraste entre las citas anteriores, en el sentido de que en la primera el énfasis se pone en el carácter negociado de la decisión sobre las relaciones sexuales con la pareja, mientras que en la segunda se subraya el papel del hombre como seductor. Estas diferencias podrían ser parte de ciertos procesos de compromiso o formalidad de la relación construidos de manera diferente, como indicios de incorporación del estereotipo del hombre activo y seductor.

Las prácticas sexuales con las parejas formales no implican que estén enamorados, aunque en ocasiones haya inclinación hacia el otro, si bien tanto el hombre como la mujer se preocupan, aunque de distinta manera, en que sea una experiencia lo suficientemente agradable como para asegurar un segundo encuentro.

“Creo que se compró ropa interior que yo ya ni me acuerdo; la verdad es que no le presté atención, pues soy hombre. O sea, pues hay cosas en las que pienso y en otras no [ríe] Yo traté de tratarla lo mejor que yo pudiera, o sea, no iba ser un pinche, ni brusco, ni ninguna pendejada así, porque no era el punto [...] También es pensar que si tú quieres que después se vuelva a presentar el tener relaciones con ella, pues tienes que hacer algo que le guste” (Enrique).

El discurso de Enrique muestra la poca importancia que daba a la intención erótica de su pareja al comprarse ropa íntima para el encuentro, además de que la considera como algo que es inherente a los hombres, lo cual parece concordar con el estereotipo del varón activo y seductor, tal como se muestra en la cita de líneas atrás.

Los participantes mencionan que en el aspecto sexual debe existir confianza. Enrique señala: “Claro que sí, sí implica [confianza]. Ya una relación sexual con una pareja –ya sea novio o esposo–, ya ahí sí implica una confianza”. Incluso el significado de tener relaciones sexuales cambia, en el caso de Andrés, a “hacer el amor”, como él mismo lo señala: “Pues con mis novias, las que son de verdad, ya necesitan otro trato para tener relaciones con ellas; más bien, para hacer el amor con ellas”, lo cual coincide con el planteamiento de que la denominación asignada a la pareja indica una implicación afectiva distinta.

En las relaciones formales, algunos varones construyen una en que no solamente buscan tener encuentros sexuales, sino que ambos miembros de la pareja se sientan a gusto, como le sucedió a José: “Con las que he andado no soy así, tan, tan, de andar buscando eso [relaciones sexuales] Puedes buscar una relación donde te sientas bien con la otra persona, no tanto de andarte acostando nada más con una y con otra”. Es posible identificar que el énfasis lo pone en la construcción de una relación sentimental más profunda y satisfactoria, en la que la sexualidad, si bien importante, no es un fin en sí



misma. No se trata solo de “formalizar a futuro” sino que en esa forma de interacción se construye una relación con un componente más importante de formalidad.

Es importante apuntar que las prácticas sexuales en las relaciones formales son planeadas generalmente debido a que la pareja no cuenta con un lugar fijo, y en ocasiones tampoco con dinero. Es aquí donde se llevan a cabo negociaciones entre sus miembros, teniendo ambos un papel activo para acordar el encuentro.

«Teníamos a lo mejor que planear, porque no era que yo tuviera mi casa sola, ella su casa sola y en cualquier momento pudiéramos ir. Decía: “No sé... ¿qué onda? Tengo ganas de estar contigo”, y ella: “Pues yo también”. Pues entonces sí era planeado» (Enrique).

### Relaciones informales

En las relaciones informales, los hombres generalmente invierten menos tiempo en el cortejo, pues para los entrevistados las relaciones ocasionales son únicamente para obtener sexo y placer; no involucran sentimientos, tiempo ni cuidados; únicamente importa la diversión y la satisfacción personal al considerar que el sexo con parejas informales es un asunto meramente hormonal. Enrique refiere: “Con una chica ocasional, el hecho es que las hormonas las traes para arriba y para abajo. Nada más es beso y lo que sigue, lo que sigue y lo que sigue”. Eligen con quién sí y con quién no dependiendo del físico. Para Andrés, “Son unos rapidines en los que sólo importa tu satisfacción”.

Ellos no son los únicos que se fijan en el físico para establecer un contacto sexual; también las mujeres buscan con quién acceder a tales prácticas sin involucrar afecto alguno. Esta negociación, que por lo general es implícita, permite que ambos establezcan una relación sexual sin la necesidad de intimar afectivamente ni que esté mediada por un compromiso:

«Pues se da. Es como te digo: a lo mejor a ella le gustas físicamente, a ti te gusta físicamente, y pues hasta es como una relación más sincera, ¿no?, pues “Tú me gustas” lo pueden decir cualquiera de los dos: “Tú me gustas; quiero estar contigo”. Pero hasta ahí» (Enrique).

“Pues como no son chicas buenas, o solo son tus amigas, pues no importa que sientas algo en el corazón. Bueno, o sea, sí, pero es una atracción tanto física como sexual, y yo creo que cada chica lo sabe, porque hay mujeres que solo te buscan para eso, para acostarse un rato, pero no para algo más. O sea, no solo nosotros buscamos acostones. Ustedes también, porque no implica tantos enredos ni formalidades; no hay un compromiso como el de una novia. Es solo sexo” (Andrés).

Para los jóvenes varones, una relación informal es “más sincera”. Está presente en ello el significado de que se trata de un acuerdo en que no se engaña al otro; sin embargo, los estereotipos convencionales de género se manifiestan al señalar que las mujeres que buscan a alguien “para acostarse un rato no son chicas buenas”. Así, coinciden en que las parejas informales no son personas con las que se puedan involucrar sentimentalmente:

“Pues sí, ¿no?, nada más eso: pasar tiempo y divertirme” (José).

“O sea, nada más son las ganas de querer tener relaciones con esa persona y hasta ahí” (Enrique).

“Con las chicas que van de paso yo creo que ellas mismas saben que son de paso, porque uno como hombre –al menos en mi caso– no está tan pendiente de ellas. Es más, si se van con otro te da igual, porque no involucras el corazón, porque ellas no son las chicas buenas” (Andrés).

El no involucrar sentimientos está permeado por el significado socialmente construido de ser “de paso”, aludiendo a relaciones informales, ocasionales, “*frees*”, con quienes solamente habrá diversión y sexo repentino y ocasional. Cualquier momento puede ser idóneo para un encuentro. En ocasiones tales parejas no se vuelven a ver porque las prácticas sexuales ocurren generalmente en las fiestas y están mediadas por el consumo de alcohol:

«Pues una relación informal podría ser que yo llegara a una fiesta, ahí conociera a una chica con la cual tuviera relaciones y después de esa fiesta yo ya no la volviera a ver [...] Nada más es de “me gustas” y el hecho de que a lo mejor tenga unos tragos encima y me deje llevar por lo que estoy sintiendo físicamente» (Enrique).

“Fue en una fiesta, acabé mal –así, alcohólicamente–, y entonces yo me fui a dormir y una

chava también se fue a dormir. Había hecho cosas. Unos dicen que me grabaron. No me acuerdo. Traía un collar de chupetones” (José).

Al entablar una relación informal, no existe exclusividad sexual por parte de ninguna de las dos personas. Ejemplo de ello es la categoría de *frees* que usa Enrique: “Pues yo creo que con los *frees*, tanto el hombre como la mujer entienden que tú puedes andar con alguien más sin ningún problema. Con tu *free* puedes a lo mejor no salir, o sea, nada más es para el encuentro ocasional. Pues yo creo que no la tomas en serio. Nada más entre ambos hay química por las relaciones sexuales”. La pareja no busca continuar la relación más allá del plano sexual y las relaciones no prosiguen. Señala Enrique: “Ya nunca quise, bueno, ni ella me buscó ni yo la busqué. Nada más fue como que ese día y ya”.

El poco conocimiento de la pareja les lleva en ocasiones a cuestionarse o a sentir temor de contraer alguna enfermedad de transmisión sexual, como afirma José: “Pues las que son espontáneas, yo soy muy así, como cobarde, no tanto cobarde en el aspecto del embarazo, sino del hecho de lo que puedas contagiarte. Pues entonces yo creo que también por eso no he interactuado con todas”.

La posibilidad de contraer alguna enfermedad de transmisión sexual o de provocar un embarazo tiene, pues, la ventaja de inducir a los hombres a utilizar alguna forma de protección.

### Anticoncepción en las relaciones formales

A diferencia de lo que propone Sánchez (2004), las parejas que se consideran formales negocian el uso de la anticoncepción, aunque no necesariamente de manera explícita, pues en algunos casos la pareja llega a “insinuar” que hay que cuidarse. Sin embargo, con el tiempo y la confianza que van construyendo en la relación, ambos miembros deciden dejar de utilizarlos. Es necesario puntualizar que, en el caso de los participantes, eran ellos los que se encargaban de comprarlos, pues, como apuntan Quintana y Vásquez (1998), es importante mostrar más experiencia que las mujeres en lo relacionado con la sexualidad:

«Te digo, ella no había tenido relaciones sexuales. Me decía: “Yo quiero estar contigo, sí, quie-

ro estar contigo”, “¡Ah, bueno!, ¿y sí te vas a cuidar?”, “Ah, sí”. Entonces yo era el que compraba las cosas. No era así como hablarlo todo, pero se daba por entendido que nos queríamos cuidar. Entonces te digo que al principio sí fue así [...] Nos cuidábamos y todo así, muy metódico. Entre el beso y el apapacho nos ganaban las ganas, y en ese momento corríamos a la farmacia y ya. Siempre fue con condón, hasta que llegó un punto donde ya no lo hacíamos [protegerse]. Yo creo que fue la confianza, el tiempo, lo que significaba ella para mí y yo para ella» (Enrique).

En este caso, la interrupción del uso de métodos anticonceptivos, que antes se habían usado regularmente (“Todo así muy metódico”) es el resultado de la construcción de un significado de confianza y seguridad, no solo en términos sexuales sino también afectivos. Esto contrasta con la falta de previsión y el descuido ante una situación imprevista o que no era considerada como una ocasión en que podría haber un encuentro sexual casual:

«Ahí no me cuidé, ¿para qué, si era la primera vez? Sinceramente ahí no me cuidé, porque no sabía. Yo no soy de los chavos que acostumbra traer condones en su cartera o su mochila, o sea, yo no era como mis amigos. Ellos sí me decían: “Lleva condones por si llega a pasar” y me los daban, pero yo no iba a llevar un condón “por si las dudas”, ¿para qué, si no iba a hacer nada?» (Andrés).

No utilizar el condón incorpora significados de lo más diverso, desde pensar que “no van a hacer nada”, refiriéndose a tener un encuentro sexual, hasta tener actividad sexual y pensar que “no va a pasar nada”, como en la experiencia compartida por Enrique, quien suspende el uso del condón para probar cómo se sentía, decidiendo con su pareja tener relaciones sexuales sin anticoncepción, hasta que ocurrió un retraso en la menstruación y se enfrentaron a un embarazo.

Szasz (1998) plantea que el condón tiene la finalidad de evitar compromisos con la pareja cuando no se desean embarazos; sin embargo, si la pareja es formal, embarazarse no representa necesariamente un problema.

“Como un año dejamos de utilizar cualquier método anticonceptivo, hasta que se embarazó. Yo sí me visualizaba a futuro con ella” (Enrique).



Para los jóvenes entrevistados, no es una práctica frecuente el incorporar el uso de anticoncepción cuando “ya se visualizan” a futuro o planean vivir juntos, dando por hecho que si hay un embarazo lo aceptarán y formará parte de su proyecto de vida (Szasz, 1998). Como señala Gutmann (2011), la sexualidad no se encuentra desvinculada de la afectividad y la procreación para los varones.

### Anticoncepción en las relaciones informales

El empleo de la anticoncepción con parejas informales es muy variado. Algunos no incorporan su uso aun cuando las relaciones sexuales ocurran en fiestas y bajo los efectos del alcohol, tal como indica José: “Nada más me acuerdo que fue en una fiesta. Acabé mal. No creo que me haya cuidado. No me acuerdo o en mi bolsillo no traía nada para cuidarme, y ahí [en la fiesta] no había nada”.

Sin embargo, en estos mismos contextos de práctica, los amigos que ya han tenido relaciones sexuales desempeñan un papel importante como proveedores de condones en los encuentros con parejas informales; es decir, existe apoyo de los pares en el ámbito sexual, lo que, además de denotar el cuidado, muestra la necesidad de protegerse de un posible contagio o de un embarazo.

«Pues ya en ese entonces no era el único amigo; bueno, dentro de mi entorno de amigos que ya habían tenido relaciones sexuales. Entonces, si yo no tenía la posibilidad de tener condones, otro amigo tenía. Era así como rolarte el condón. Iban y te decían: “¿Qué onda, traes con qué?”, “No, pues no”, “¡Ah, pues toma!”. A veces desde antes le decías a la chica “Espérame” y salías y le decías [a un amigo] “¿Qué onda?”, “Ah, pues sí, ten”, y ya. Cualquiera podría tener condones en la cartera, pues había veces en que no se los pedía, ni ellos a mí, pero pues era como aventárselo por debajo de la puerta del cuarto» (Enrique).

Con el tiempo y la experiencia en el terreno sexual los jóvenes no únicamente adquieren herramientas para protegerse en los encuentros informales, sino que aconsejan a los otros el cuidado de la salud sexual (Kaufman, 1994; Núñez, 2007; Seidler, 2000).

## DISCUSIÓN

Desde una perspectiva psicológica y sociocultural, la sexualidad y la reproducción son parte de procesos muy complejos en la medida en que ambas están penetradas por una diversidad de ideologías, representaciones, discursos y valores construidos que condicionan, pero no determinan, la interacción entre hombres y mujeres en contextos concretos en los que se movilizan y confrontan significados distintos sobre el deseo sexual, el afecto, el compromiso, la confianza, la masculinidad, el goce momentáneo y demás, lo que imposibilita identificar una tendencia única en las prácticas sexuales de los jóvenes.

La sexualidad de los varones es un tema que genera en ellos conflicto y angustia porque está de por medio su hombría y su desempeño, los que giran alrededor del “qué dirán” y de una preocupación constante sobre su desempeño ante las mujeres y también ante los otros varones. Esto se torna más complejo cuando se muestra que no solo piensan en el sexo en función del mero desfogue de un deseo incontrolable, pues su sexualidad también se encuentra en función de la relación construida con la pareja, sea formal o informal. Los datos de los participantes muestran que las prácticas de sexualidad en los varones están fuera del terreno de la “naturalidad” e incorporan una diversidad de formas de control y satisfacción que dependen de los diferentes momentos de su trayectoria de vida, así como de la caracterización de la o las relaciones de pareja.

No obstante, sigue presente en ellos el significado de que el hombre es quien “sabe” sobre la sexualidad y, por tanto, debe encargarse de las precauciones que corresponden para evitar embarazos o enfermedades de transmisión sexual. Son claros los indicios de que las mujeres de ninguna manera son pasivas, pues “insinúan” al hombre que “se cuida” o asumen abiertamente su deseo sexual en la negociación de sexo casual. Sin embargo, las mujeres con una actitud más libre hacia la sexualidad siguen siendo descartadas como posibles parejas en una relación más formal o a más largo plazo.

A pesar de que el ejercicio de la sexualidad es omnipresente en el horizonte de posibilidades

de los jóvenes, sobre todo en contextos como las fiestas, donde se consume alcohol, no todos han incorporado la precaución de llevar condones en caso de que surja la posibilidad de un encuentro casual. Los datos sugieren que no se trata de un proceso meramente individual de cuidado o prevención, sino que puede ocurrir como parte de un cambio en la cultura de pares. Es decir, los grupos de amigos no solamente pueden fungir como fuentes de inducción para iniciar las relaciones sexuales, sino también como mediadores para incorporar la prevención entre todos y para todos. Por ello, aunque el estereotipo de la sexualidad masculina como “incontrolable” se mantiene, es objeto al mismo tiempo de cierta regulación colectiva para afrontar algunos de los riesgos –como el contagio de enfermedades de transmisión sexual– a través del uso del condón proporcionado por los amigos en las fiestas y reuniones. Este asunto requiere de investigaciones adicionales.

Los datos obtenidos indican asimismo que el uso del condón no debe pensarse en términos dicotómicos simplistas: su uso es sinónimo de cuidado y su falta de uso equivale a descuido e irrespon-

sabilidad. Esto es manifiesto en el caso de parejas formales que, luego de haberlo usado regularmente durante un tiempo más o menos largo, deciden dejar de usarlo. Aunque en algunos casos esta decisión se debe a inferencias erróneas sobre la posibilidad de embarazo, lo que parece importante resaltar aquí es lo que significa en términos de la consolidación de una relación de pareja (confianza, estabilidad, perspectiva de futuro), la cual constituye una condición en la que un embarazo no planeado figura como una vía de inicio de una nueva etapa de vida como pareja y como familia.

En suma, los resultados indican que es importante comprender y generar una visión distinta de los varones ante a la sexualidad, pues no son los únicos que experimentan deseo ni su sexualidad se ve limitada únicamente a su satisfacción y placer, pues en realidad siempre es relacional y las parejas muestran un papel activo. No obstante, siguen presentes ciertos estereotipos de género bajo la influencia de creencias, mitos o discursos del grupo social y cultural acerca de lo que significa ser hombre y ser mujer.

## REFERENCIAS

- Bourdieu, P. y Wacquant, L. (2005). *Una invitación a la sociología reflexiva*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Careaga, G., Figueroa J., G. y Mejía M., C. (1996). *Ética y salud sexual reproductiva*. México: PUEG.
- De Jesús, D. y Cabello, L. (2011). Paternidad adolescente y transición a la adultez: una mirada cualitativa en un contexto de marginación social. *Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, 11, 1-27.
- Foucault, M. (1987). *Historia de la sexualidad. 1. La voluntad de saber* (15ª ed.). México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1988). *Historia de la sexualidad. 2. El uso de los placeres* (3ª ed.). México: Siglo XXI.
- Gutmann, M. (2011). El fetiche de la sexualidad masculina: ocho errores comunes. En O. Hernández, A. García y K. Contreras (Coords.): *Masculinidades en el México contemporáneo* (pp. 29-46). México: Universidad Autónoma de Tamaulipas/UAMCEH/Plaza y Valdés.
- Jones, D. (2010). Diálogos entre padres y adolescentes sobre sexualidad: discursos morales y médicos en la reproducción de las desigualdades de género. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 14(32), 171-182.
- Kaufman, M. (1994). Men, feminism, and men's contradictory experiences of power. En H. Brod y M. Kaufman (Eds.): *Theorizing masculinities* (pp. 119-141). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Kvale, S. (2011). *Las entrevistas en la investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
- Núñez, G. (2007). Vínculo de pareja y hombría: “Atender y mantener” en adultos mayores del Río Sonora, México. En A. Amuchástegui y I. Szasz (Coords.): *Sucede que me canso de ser hombre. Relatos y reflexiones sobre hombres y masculinidades en México* (pp. 141-184). México: El Colegio de México.
- Quintana S., A. y Vásquez A., E. (1998). *Construcción social de la sexualidad adolescente. Género y salud sexual*. Lima: IES.
- Romo, J. (2008). Estudiantes universitarios y sus relaciones de pareja. De sus experiencias y proyectos de vida. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 13(38), 801-823.
- Sánchez, M. (2004). Poder y negociación sexual en la adolescencia. *Profamilia*, 1(8), 5-68.
- Secretaría de Salud e Instituto Nacional de Salud Pública (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012*. México: Autores.

- Seidler, V. (2000). *La sinrazón masculina. Masculinidad y teoría social*. México: UNAM/ Paidós.
- Szasz, I. (1998). Los hombres y la sexualidad: aportes de la perspectiva feminista y primeros acercamientos a su estudio en México. En S. Lerner (Edit.): *Varones, sexualidad y reproducción* (pp. 127-153). México: El Colegio de México.
- Vendrell, J. (2010). Masculinidad y paternidad. La apropiación de la capacidad reproductiva de las mujeres en el origen de la dominación masculina. En D. Córdoba, S. Sapién y A. Salguero (Coords.): *Sexualidad de los varones. Anticoncepción, gestación y paternidad* (pp. 1-13). México: UNAM.

# Barreras para la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en mujeres con VIH

## *Barriers to adherence to pharmacological and non-pharmacological treatment in women with HIV*

*Ariagor Manuel Almanza Avendaño y Anel Hortensia Gómez San Luis<sup>1</sup>*

### RESUMEN

Se realizó un estudio desde un paradigma interpretativo a fin de comprender los diversos elementos personales y contextuales que afectan el proceso de adherencia de mujeres con VIH. Las participantes fueron diez mujeres contactadas mediante los centros ambulatorios para la prevención y atención en sida e infecciones de transmisión sexual del estado de Tamaulipas (México). Se aplicaron el Cuestionario de Adherencia del Grupo Clínico de Sida y un cuestionario sociodemográfico, tras de lo cual se hicieron entrevistas semiestructuradas para la identificación de barreras para la adherencia. El análisis de las entrevistas se realizó con un programa mediante el cual se construyeron códigos y subcódigos acerca de las barreras para la adherencia farmacológica y las diversas áreas que comprende la adherencia no farmacológica. Los resultados muestran que las barreras principales para la adherencia farmacológica son el olvido, el malestar físico, el malestar emocional y las múltiples actividades. En el caso de la adherencia no farmacológica, se identificaron barreras personales y contextuales en diversas áreas, pero las áreas de alimentación y de salud sexual requieren especial atención por el riesgo que representan para la salud. Se recomienda la evaluación integral y personalizada de la adherencia de mujeres con VIH, a fin de diseñar estrategias de intervención apropiadas que se ajusten a los casos particulares.

**Palabras clave:** Adherencia farmacológica; Adherencia no farmacológica; VIH; Barreras; Mujeres.

### ABSTRACT

*The present study used an interpretative paradigm in order to explore personal and contextual factors that affect therapeutic adherence by women living with HIV. Participants were ten infected women who were asked to respond to the AIDS Adherence Questionnaire and a sociodemographic questionnaire. Later, structured interviews on barriers to adherence were conducted. The analysis of the interviews was conducted using a program whereby codes and sub-codes were developed regarding barriers to medication adherence and barriers for non-pharmacological adherence. Results show that the main barriers to medication adherence are forgetfulness, physical or emotional discomfort and interference from multiple activities. Barriers for non-pharmacological adherence included personal and contextual barriers of various types; among these, nutrition and sexual health require special attention because of the risk they pose to health. Integral and personalized assessment of the adherence of women living with HIV is recommended in order to design appropriate intervention strategies to fit particular cases.*

**Key words:** Pharmacological adherence; Non-pharmacological adherence; HIV; Barriers; Women.

---

<sup>1</sup> Unidad Académica de Trabajo Social y Ciencias para el Desarrollo Humano, Universidad Autónoma de Tamaulipas, Centro Universitario Victoria, 87120 Ciudad Victoria, Tamps., México, tel. (834)318-17-30, correos electrónicos: malmanza@uat.edu.mx y ahgomezsl@conacyt.mx. Artículo recibido el 7 de octubre y aceptado el 26 de noviembre de 2015.

## INTRODUCCIÓN

Hasta el segundo trimestre de 2015 se habían reportado 122,724 casos notificados de VIH y de sida que se encontraban vivos, de los cuales 67,891 correspondió a personas con sida y 54,833 con virtud de inmunodeficiencia humana (VIH). Del total de personas que continuaban registradas como seropositivas al VIH desde el año 1984 (55,549 casos), una cuarta parte eran mujeres (Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida [CENSIDA], 2015). Sin embargo, estimaciones previas han indicado que hay 180 mil personas con VIH y sida (en un rango que va de 140 mil a 230 mil), que 50% de las personas que han adquirido el VIH lo ignoran, y que únicamente un tercio de ellos tiene carga viral indetectable (CENSIDA, s.f. a). El porcentaje de mujeres con VIH o sida ha aumentado de 13% en 1990 a 21% en 2013, y aunque la epidemia en México se caracteriza por la transmisión sexual entre varones, hay zonas del país donde la epidemia de VIH muestra altos niveles de transmisión por relaciones heterosexuales (CENSIDA, s.f. b).

De acuerdo con Allen y Torres (2008), las mujeres son más vulnerables biológicamente a la infección por VIH debido a que tienen una superficie mucosa genital más amplia que se expone al contacto con el virus durante las relaciones sexuales; si bien existe una mayor cantidad del virus en el esperma que en el flujo vaginal, las mujeres son asimismo cuatro veces más vulnerables a otras infecciones de transmisión sexual que facilitan la transmisión del VIH.

Aunado a lo anterior, existe una vulnerabilidad sociocultural en términos de la dependencia económica y de las diferencias de poder en las relaciones de pareja heterosexuales que generan una situación en la que las mujeres no tienen control sobre el momento y las condiciones de las relaciones sexuales, además de que las normas de género las limitan para hablar sobre la sexualidad o demostrar conocimientos sobre ello (Allen y Torres, 2008). Por otro lado, se ha señalado que en esta cultura la feminidad se construye desde la posición de “ser para el otro”, lo que puede favorecer una negación de sí mismas y de su autocuidado (Campero, Caballero, Kendall, Herrera y Zarco, 2010). Tal desigualdad en las relaciones se mani-

fiesta desde el noviazgo, pero en el matrimonio pueden emerger otras situaciones que aumentan su vulnerabilidad, como la dificultad para usar el condón por miedo al abandono de su pareja o a sufrir violencia; la disminución de las medidas preventivas en el marco de relaciones de confianza, o la falta de protección en las relaciones extramatrimoniales, reguladas en forma diferencial de acuerdo al sistema de género (Allen y Torres, 2008).

En el caso de todas las personas que viven con VIH—independientemente del conteo de células CD4 y de la presencia o ausencia de síntomas—, se recomienda el tratamiento antirretroviral (TAR) para reducir el riesgo de progresión de la enfermedad y prevenir así la transmisión del virus. El inicio temprano del TAR puede evitar el daño producido en las etapas iniciales de la infección, prevenir o retrasar la aparición de enfermedades no definitivas del sida, y asimismo evitar la aparición de infecciones oportunistas y neoplasias asociadas. Cabe mencionar que el inicio temprano del TAR no sólo aumenta el tiempo de sobrevivencia, sino que puede evitar la pérdida de pacientes durante el proceso de atención médica (CENSIDA, 2014).

Debido a los posibles beneficios del TAR, si se cuenta con acceso al tratamiento y existen condiciones para el cuidado a largo plazo, la adherencia al tratamiento se ha convertido en un asunto de vital importancia. Anteriormente se empleaba el concepto de “cumplimiento” para referirse al grado en que el comportamiento del paciente coincidía con el consejo médico en cuanto a la toma del medicamento o a los cambios en el estilo de vida (Gagné y Godin, 2005). Dicho concepto fue modificado por el de *adherencia* para connotar a un paciente activo en el cuidado de su salud, así como la necesidad de una relación de colaboración entre el paciente y el personal de salud, en lugar de una relación autoritaria en la que se asume que la recomendación del médico es exacta y que las fallas en el tratamiento son responsabilidad única del paciente (Chesney, Morin y Sherr, 2000).

La adherencia puede considerarse como un proceso dinámico que se desarrolla en el tiempo y que cuenta con dos componentes que se complementan mutuamente. Uno de ellos es la adherencia *farmacológica*, la cual implica tomar el medicamento siguiendo las recomendaciones de horario y de condiciones para la toma; el otro es la adheren-



cia *no farmacológica*, que incluye el seguimiento de las recomendaciones médicas especialmente vinculadas con un cambio en el estilo de vida del paciente, tales como asistir a las citas de seguimiento y seguir las recomendaciones dietéticas y de ejercicio físico (CENSIDA, 2014).

Los estudios sobre la adherencia se han enfocado principalmente en el componente farmacológico. Una adherencia farmacológica subóptima o menor a 95% puede tener diversas consecuencias: la falta de control de la replicación viral, el desarrollo de cepas resistentes del VIH, la falta de reconstitución inmune y la progresión de la enfermedad (Chesney et al., 2000). De acuerdo con CENSIDA (2014), la adherencia subóptima puede derivarse de las dificultades para iniciar el tratamiento; la suspensión temporal o su abandono definitivo; el cumplimiento incompleto o el olvido de la toma en términos de dosis, tiempo y recomendaciones de alimentación; la falta de cambio de hábitos y estilos de vida necesarios para la promoción de la salud, y la automedicación, especialmente cuando se toman otros fármacos o sustancias que tienen interacciones farmacológicas perjudiciales con el TAR.

Durante el proceso de tratamiento, los pacientes pueden alternar periodos de adherencia y de no adherencia, aunque, como se ha mencionado, lo deseable es que los periodos de no adherencia sean mínimos y el nivel de adherencia farmacológica no descienda de 95%. Norton et al. (2010) distinguen incluso entre la no adherencia no intencional, caracterizada porque el paciente deja de tomar el medicamento “por error” o por decisiones no conscientes, y la no adherencia intencional, que implica la decisión consciente de no adoptar el régimen prescrito.

Existe una diversidad de tasas de adherencia debido a las múltiples definiciones operacionales e instrumentos empleados para su medición. En un metaanálisis realizado por Puskas et al. (2011) se reportan rangos de adherencia que van de 30 a 89%; asimismo, en 68.2% de los estudios revisados se encontró una menor adherencia en las mujeres. Otros estudios reportan tasas de adherencia óptima de 66% (Ubbiali et al., 2008), 69.5% (Applebaum, Richardson, Brady, Brief, y Keane, 2008), e incluso tan bajas como 26.5% (Mo y Mak, 2009). En estudios hechos en México también se

encuentran tasas bajas: de 52% (Peñarrieta et al., 2009) a 68.5% (González, Ybarra y Piña, 2012). Cabe mencionar que en el estudio de Balandrán, Gutiérrez y Romero (2013), al evaluarse la adherencia de los últimos cuatro días a partir de la razón entre pastillas olvidadas y prescritas, 86.8% de los pacientes reportó una adherencia óptima; pero al medirla con base en el índice de adherencia, que además toma en cuenta el seguimiento del horario, las instrucciones especiales y el último olvido de la toma, sólo 55% alcanzó una adherencia óptima.

Los estudios previos revelan que la no adherencia es un problema común y que es necesaria la identificación de aquellos elementos que limitan el cuidado de la salud. No obstante, como se mencionó previamente, los diversos grupos sociales tienen vulnerabilidades diferenciadas en términos de la prevención, y en el caso de las mujeres dicha vulnerabilidad persiste durante el proceso de tratamiento. En primer lugar, son frecuentes los diagnósticos tardíos debido a la escasa percepción de riesgo por parte del personal de salud y de las mismas mujeres (Herrera, Kendall y Campero, 2014). Además de lo anterior, pueden tener dificultades para iniciar y mantenerse bajo tratamiento cuando su pareja evita relacionarse con los servicios de salud, diagnosticarse y atenderse porque teme revelar su estado serológico; porque no tienen el poder para negociar el uso del condón, o porque sus parejas impiden que acudan a los servicios de salud o que sigan las recomendaciones médicas (Skovdal, Campbell, Nyamukapa y Gregson, 2011).

Por otro lado, cuando reciben el diagnóstico, la mayoría de las mujeres suelen considerarlo como algo que no imaginaban, pues asumían estar dentro de relaciones monógamas, lo cual genera un profundo malestar al descubrir la infidelidad de su pareja y la sensación de que el haber cumplido con las expectativas de género no las protegió, e incluso temen ser discriminadas por tener VIH y sufrir los estigmas sexuales y sociales asociados a ello. Sobre todo, dicho malestar puede mantenerse o agravarse cuando tienen escasas redes sociales, no acuden a grupos de autoayuda, se mantienen en la posición de víctimas y pierden su autonomía ante sus familiares (Campero et al., 2010). Este malestar puede generar altos niveles de sintomatología depresiva (Applebaum et al., 2008), así como el abandono de las relaciones sexuales tras el diag-

nóstico (Herrera, Campero, Caballero, Kendall y Quiroz, 2009) y la internalización del estigma (Herrera et al., 2014).

Además de la influencia de la relación de pareja, en las mujeres con VIH se reportan barreras tales como la percepción del diagnóstico y el tratamiento, la organización de la rutina y la interferencia con la vida diaria (Krummenacher et al., 2014), la falta de información sobre el VIH y su tratamiento, la distancia hasta los servicios de salud, la violación del derecho a la confidencialidad (Arrivillaga, 2010a), el sentimiento de estar enfermas, el ocultamiento de la toma de los medicamentos (Rivet et al., 2007), los efectos de estos, la complejidad del régimen de tratamiento (Krummenacher et al., 2014), la minimización de los riesgos de salud asociados al padecimiento (Herrera et al., 2014), el peso otorgado a las relaciones con los otros y la falta de relaciones interpersonales de apoyo (Puskas et al., 2011). Otro aspecto vinculado a los problemas de adherencia son los conflictos en la relación con el personal de salud en virtud de la escasa comunicación de éste con las pacientes respecto a sus decisiones, o las reprimendas recibidas por sus fallas al seguir las prescripciones, lo que genera que las pacientes abandonen los medicamentos, los cambien o reduzcan las dosis indicadas sin comunicarlo al médico (Herrera et al., 2014). También se ha identificado la presencia de barreras de tipo estructural, como la discriminación y la falta de acceso a los servicios de salud en forma oportuna y continua, especialmente para mujeres que viven en condición de pobreza (Arrivillaga, 2010b).

Si bien se ha estudiado la adherencia en mujeres con VIH, es importante señalar que esos estudios se han enfocado principalmente a la adherencia farmacológica, y que los de adherencia no farmacológica han atendido especialmente el área de la salud sexual. Así, se requieren estudios en los que las barreras sean definidas por las usuarias de los servicios de salud y no únicamente por los propios investigadores, a fin de identificar aquellas que ejercen una mayor influencia en el contexto local y diseñar por consiguiente las estrategias de intervención culturalmente apropiadas para dichos contextos.

En el presente estudio, se identifican algunas barreras percibidas por mujeres con VIH, tan-

to para la adherencia farmacológica como para la adherencia no farmacológica, con el propósito de comprender los diversos elementos personales y contextuales que pueden afectar el proceso de adherencia en distintos momentos de la trayectoria del padecimiento. Cabe mencionar que el estudio se realizó a partir de un paradigma interpretativo particular, a partir del cual se buscó conocer la forma en que la paciente construye significados que sostienen las acciones vinculadas con el cuidado de sí misma y con las de su vida con el tratamiento.

## MÉTODO

### Participantes

En el estudio participaron diez mujeres que acudían a servicios especializados de atención en VIH en tres localidades de una entidad federativa del norte de México. El número de participantes se estableció de acuerdo a los criterios de saturación teórica y temporal. Las participantes se encontraban en un rango de edad de 21 a 61 años, con un promedio de 42.6 años, y en su mayoría habían concluido la secundaria, vivían en unión libre, se dedicaban al hogar y tenían entre uno a dos hijos (Tabla 1).

Respecto al tiempo bajo tratamiento farmacológico, se halló un rango de uno a trece años, con un promedio de 5.13 años. Tomaban entre una y seis pastillas diariamente, y la mayoría de las participantes recordaba el nombre de los medicamentos. En el momento en que se llevó a cabo el estudio, ocho participantes reportaron una adherencia de 100% en los últimos cuatro días, y dos de ellas 75%, teniendo en conjunto un promedio de 95%. Sin embargo, al evaluarlas mediante el índice de adherencia, únicamente dos de ellas sobrepasaban 95%, teniendo en total un promedio de 88.6% de adherencia. Todas las participantes se mantenían con carga viral indetectable; respecto al conteo de células CD4, tenían un promedio de 515.3 células/mm<sup>3</sup>, en un rango de 317 a 1200.

Seis de las participantes habían requerido un cambio de esquema de tratamiento para facilitar la toma de medicamentos, por embarazo o por el aumento de triglicéridos. Solo dos de ellas habían interrumpido voluntariamente el tratamiento des-

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de las participantes.

| Características         | Porcentaje<br>(n = 10) |
|-------------------------|------------------------|
| <b>Edad</b>             |                        |
| 20-29 años              | 10                     |
| 30-39 años              | 20                     |
| 40-49 años              | 40                     |
| 50 años o más           | 30                     |
| <b>Escolaridad</b>      |                        |
| Primaria concluida      | 20                     |
| Primaria no concluida   | 10                     |
| Secundaria              | 60                     |
| Secundaria no concluida | 10                     |
| <b>Estado civil</b>     |                        |
| Soltera                 | 10                     |
| Casada                  | 10                     |
| Unión libre             | 50                     |
| Separada                | 30                     |
| <b>Ocupación</b>        |                        |
| Comerciante             | 20                     |
| Hogar                   | 60                     |
| Vendedora               | 10                     |
| Empleada                | 10                     |
| <b>Número de hijos</b>  |                        |
| Uno o dos               | 60                     |
| Tres o más              | 40                     |

de su inicio, por un periodo de tres a seis meses, debido a problemas de depresión. En el momento en que se llevó a cabo el estudio, los síntomas que reportaron con mayor frecuencia fueron, a saber: sentir fatiga o pérdida de energía, sentirse deprimidas, ansiosas, tener dificultades para dormir y sufrir problemas de la piel y dolores musculares o de articulaciones.

### Procedimiento

Se estableció contacto con las participantes a través del personal de servicios de salud especializados. Antes de iniciar el estudio, se les explicó el objetivo del estudio y se verificó que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión: ser mayores de dieciocho años, haber estado bajo tratamiento antirretroviral por más de un año y tener una carga viral indetectable. Luego, se leyó el formato de consentimiento informado donde se describía el objetivo del estudio y las características e impli-

caciones de su participación, así como la forma de contactar a los investigadores en relación al estudio. En caso de que aceptaran participar, se les solicitó que pusieran una marca en lugar de su firma o nombre para garantizar su anonimato.

### Instrumentos

#### *Cuestionario de Adherencia del Grupo Clínico de Sida*

Adaptado por Balandrán et al. (2013) para evaluar la adherencia de cuatro días, mide la razón entre el número de pastillas tomadas y el número de pastillas prescritas para todos los medicamentos. A partir del cuestionario también se mide el índice de adherencia, el cual requiere para su cálculo de tres ítems adicionales relacionados con el seguimiento del horario específico y las instrucciones especiales durante los últimos cuatro días, así como la última vez que se dejó de tomar alguna pastilla.

Los ítems para evaluar la adherencia de cuatro días y los tres ítems adicionales para obtener el índice de adherencia tienen niveles de consistencia interna mayores a .80 y cuenta con validez predictiva para la carga viral en plasma y la adherencia, medida a través del monitoreo electrónico (Reynolds et al., 2007). El cuestionario tuvo una sensibilidad de 99% al identificar a la mayoría de los pacientes que tenían una adherencia igual o mayor a 95% según el índice, así como una especificidad de 29% para identificar a los pacientes que no son adherentes de acuerdo a dicho índice (Balandrán et al., 2013).

#### *Cuestionario ex profeso*

Este cuestionario solicita información sociodemográfica (edad, escolaridad, ocupación, número de hijos, estado civil, personas con las que se vive, identidad sexual) y clínica (año de diagnóstico, tiempo bajo tratamiento, cambio de esquemas de tratamiento, interrupciones al tratamiento, último conteo de carga viral y de células CD4, presencia de síntomas actuales y de otras enfermedades).

#### *Entrevista semiestructurada*

Después de la aplicación de los cuestionarios, se hicieron entrevistas semiestructuradas, con duración de 30 a 45 minutos, las cuales fueron audiograbadas para su transcripción (cabe señalar que duran-

te la entrevista tampoco se mencionó el nombre de las participantes para garantizar su anonimato). Para la realización de la misma, se elaboró una guía que cuenta con tres áreas principales: Conocimientos acerca del padecimiento, Adherencia farmacológica y Adherencia no farmacológica. En la sección de Adherencia farmacológica se exploran las barreras contextuales y personales para la toma del medicamento, mientras que en la sección de Adherencia no farmacológica se examinan las barreras personales y contextuales en diversas subáreas vinculadas al cuidado de la salud y que complementan el tratamiento farmacológico: alimentación, ejercicio, descanso, consumo de sustancias, sexualidad, salud mental, asistencia a consultas médicas y pruebas de laboratorio.

### Procedimiento

Las entrevistas transcritas fueron analizadas con el programa MAXQDA, versión 11, mediante el cual se construyeron códigos y subcódigos relacionados con las barreras para la adherencia farmacológica y las diversas áreas que comprenden la adherencia no farmacológica. Al término del proceso de codificación, se mantuvieron los códigos que aparecieran con mayor frecuencia a través de los casos; de forma manual, los códigos y subcódigos se agruparon en categorías más amplias que dieran cuenta de las barreras personales y contextuales que aparecen durante el proceso de adherencia. Este proceso fue realizado en forma independiente por cada uno de los autores del presente trabajo, a fin de llevar a cabo una triangulación del análisis que permitió conservar las categorías identificadas por ambos.

## RESULTADOS

### Barreras para la adherencia farmacológica

La principal barrera mencionada por las participantes fue una barrera de tipo personal denominada “olvido”, que implicaba el no tomar el medicamento debido a errores personales de los cuales asumen una responsabilidad individual, como dejar las pastillas en casa, lo que se debía a circunstancias tales como cansancio, memoria exigua o no estar

embarazadas, pues algunas participantes señalaron que se adherían mejor al tratamiento cuando sabían que la salud de su bebé dependía de que tomaran adecuadamente el medicamento. Incluso mencionaron otras formas singulares de olvido que no implican dejar de lado una toma, sino realizar la toma dos veces.

También señalaron como barrera para la adherencia farmacológica los efectos secundarios del tratamiento, debido a los cuales podían llegar a evitar algunas tomas, aunque en el presente estudio las participantes generalmente no interrumpían o dejaban el tratamiento por ello. Por otro lado, también expresaron que la presencia de malestar físico podía afectar de manera ocasional la toma del medicamento: “Cuando tomaba el Efavirenz, era muy agresivo, pero aun así me lo tomaba, pero llegó un momento en el que me alteraba mucho los nervios, y sí, me ponía a llorar y... Ya no quería. No, ya no soporto” (36 años).

Aunque no fue el caso de todas las participantes, una barrera importante para la adherencia, que se relaciona principalmente con la no adherencia de tipo intencional, fue el malestar emocional. Dicho malestar se vincula con patrones a mediano plazo de no adherencia y que en las participantes se manifestó como “sentirse deprimida”, “sentirse sola” o con frases como “no sentía ganas de venir [a los servicios de salud] ni de tomarme la pastilla”. Aunque las mujeres que se adhieren al tratamiento pueden sentir dicho malestar y mantener la toma, tales patrones de falta de adherencia a mediano plazo surgieron principalmente al principio del tratamiento, especialmente ante la vulnerabilidad afectiva generada por el diagnóstico: “Nomás duré tres meses sin tomármelo porque tenía la depresión. Salí de la depresión, y gracias a Dios ahorita ya mi medicamento es al día” (36 años).

En menor medida, las participantes expresaron que la toma del medicamento podía verse afectada por ciertos aspectos situacionales, tales como estar haciendo otras actividades. Este aspecto se vincula con la manera en que el tratamiento se inserta en su vida cotidiana, lo cual se dificulta especialmente cuando se lleva a cabo en forma simultánea a diversas actividades en el ámbito laboral, el hogar o el cuidado de los hijos. Asimismo, aunque con menor frecuencia, se mencionaron ciertas barreras contextuales, como el desabasto de medica-



mentos, y personales, como estar asintomáticas, debido a que se puede generar un exceso de confianza y favorecer una minimización del riesgo de no tomar los medicamentos.

### **Barreras para la adherencia no farmacológica**

Las participantes identificaron múltiples barreras para la adherencia no farmacológica, las cuales se presentan aquí por cada área explorada. En términos de alimentación, señalan principalmente las barreras personales, a través de la categoría “No poder dejar ciertos alimentos”, entre los que se incluyen el café, los refrescos o la llamada “comida chatarra”; de manera complementaria, señalaron como barrera el que no les agradaban los alimentos saludables, haciendo alusión a que no les gustaba comer verduras o que en su hogar no acostumbraban hacerlo. Sin embargo, también refirieron una barrera de tipo contextual al vincular los hábitos alimenticios a cuestiones económicas, manifestando que comían lo que había, que carecían de los alimentos recomendados o que no contaban con una despensa saludable.

A diferencia de la alimentación, en el ámbito de la actividad física predominaron las barreras de tipo contextual, tales como la falta de tiempo. Relacionada con la saturación de actividades, mencionaron como una barrera el cansancio o la flojera. También indicaron que la actividad física se había visto interrumpida por cambios en su rutina, ya fuera por cambios de residencia o por fiestas y celebraciones en ciertas épocas del año. Entre las barreras más ligadas a lo personal, y que fueron reportadas en menor medida, se encuentra que algunas no deseaban establecer una rutina de ejercicio, ya fuese porque consideraban que hacían ejercicio mientras realizaban otras actividades diarias, o bien porque les disgustaba realizar dicha actividad.

En relación al descanso, las participantes señalaron como principales barreras de tipo personal el malestar físico, como dolores de cabeza o de huesos, así como el hecho de que no les gustaban las siestas, al tiempo que refirieron los horarios de trabajo como una barrera contextual. Acerca de la recomendación de no consumir sustancias como el tabaco o el alcohol, entre las barreras personales reportaron el no poder dejar el cigarro o privarse de consumir alcohol en algunas celebra-

ciones, aunque cabe mencionar que algunas de las participantes dijeron no tener un problema con el consumo de esas sustancias antes o después del diagnóstico de VIH.

En términos de la sexualidad, se identificaron diversas barreras contextuales. La principal se denominó “A mi pareja no le gusta usar condón”, que se vincula con el hecho de que tanto las mujeres como sus parejas corrían riesgos, ya sea porque “se les pasaba el miedo de adquirir el VIH”, porque su pareja “no quería ir por otro condón si se le caía”, o bien porque pensaban que las personas “son aferradas cuando no tienen el VIH”: “Me he arriesgado mucho, sí, me he arriesgado, pero sí uso el preservativo, sí, el preservativo nada más; no puedo usar otro más que el preservativo, y es lo único. Pero sí, me he arriesgado, o sea... ¿cómo te diré? Sería mentirte si te dijera que me los pongo todos. No, no es cierto, ahí están mis citas, ahí está la mentira; no, sí me he arriesgado, de que a veces se rompe o que se zafó” (36 años).

Esto implica que la pareja tiene un mayor poder de decisión respecto al cuidado, y que dicho poder también se manifiesta en otra de las barreras para el cuidado de la salud sexual: el temor de revelar a la pareja que se tiene el VIH. Asimismo, las participantes refieren que podían evitar las relaciones sexuales por el temor a transmitir el VIH a su pareja, lo cual también constituye una barrera para su salud sexual.

Acerca de su salud mental, las participantes consideraron principalmente una barrera contextual relacionada con el trabajo y el no tener tiempo para acudir a las consultas de psicología u otras actividades terapéuticas relacionadas, aunque cabe mencionar que en los servicios de salud las citas médicas podían tomarse el mismo día que las citas en el servicio de psicología: «Se me complica más porque le digo que a veces [...] me llaman en mi trabajo, pues tengo que ir dos o tres días, y pues, haz de cuenta que en [esos] días ya no puedo venir. Pero le he dicho a la doctora: “No puedo venir los jueves al grupo de apoyo”» (31 años).

Por otro lado, asistir a las citas médicas puede verse afectado por algunas barreras personales, como el olvido o la confusión en la hora de las citas, el no levantarse para acudir a ellas, especialmente si es temprano, o incluso por el malestar emocional, pero también por barreras contextuales, como el



no tener el dinero necesario. Finalmente, el hacerse las pruebas de laboratorio, que se realizan con una periodicidad más extensa, puede verse limitado por barreras similares a las citas médicas: el

olvido, el no tener para los pasajes y la distancia hasta los servicios de salud.

En la Tabla 2 se presentan con ejemplos las barreras personales y contextuales para la adherencia farmacológica y no farmacológica.

**Tabla 2.** Barreras para la adherencia farmacológica y no farmacológica en mujeres con VIH.

| Barrera                           | Categorías  |   |
|-----------------------------------|---|---|
|                                   | Personales  | Contextuales  |
| Adherencia farmacológica          | Olvidos<br>Efectos secundarios<br>Malestar físico<br>Malestar emocional<br>Estar asintomática | Estar haciendo otras actividades.<br>Desabasto de medicamentos.               |
| Adherencia no farmacológica       |   |   |
| Alimentación                      | No poder dejar ciertos alimentos.<br>No gustar de los alimentos saludables.                   | No contar con una despensa saludable.   |
| Actividad física                  | Cansancio.<br>No desear establecer una rutina de ejercicio.                                   | Falta de tiempo.<br>Cambios en la rutina.                                     |
| Descanso                          | Malestar físico.<br>No gustar de las siestas.   | Horarios de trabajo.  |
| Consumo de sustancias             | No poder dejar el tabaco.   | Consumo de alcohol en celebraciones.  |
| Salud sexual                      | Temor a transmitir el VIH a la pareja.  | Disgusto de la pareja por usar condón.<br>Temor a revelar el VIH a la pareja. |
| Salud mental                      |   | El trabajo.<br>No tener tiempo.   |
| Asistencia a citas médicas        | Olvidos.<br>Malestar emocional.   | No tener dinero para asistir.   |
| Asistencia a citas de laboratorio | Olvidos.  | No tener dinero para asistir.<br>Las distancias.                              |

## DISCUSIÓN

La no adherencia farmacológica y no farmacológica son comunes en mujeres con VIH, y requieren la colaboración con las pacientes para disminuirlas al mínimo. En términos del componente farmacológico del tratamiento, la no adherencia se manifiesta principalmente en patrones de corto plazo y de forma no intencional (Norton et al., 2010) a través del olvido, el error humano, o bien el cansancio o la realización de otras actividades.

Otras barreras identificadas tampoco son intencionales, en el sentido de que las pacientes pueden decidir no tomar el medicamento debido a sus efectos secundarios (Krummenacher et al., 2014) o al malestar físico (Rivet et al., 2007); incluso la

persistencia de los efectos secundarios puede llevar a su interrupción o a un cambio de esquema. Una mención especial requiere el malestar emocional, expresado incluso como “depresión”, el cual se ha identificado como una barrera en estudios previos (Applebaum et al., 2008; Campero et al., 2010), y que es preciso señalar que se vincula con patrones de no adherencia en el mediano plazo; por ello, es importante evaluar el estado emocional de las pacientes antes de iniciar un tratamiento.

Una de las principales barreras para la adherencia al tratamiento no farmacológico se relaciona con la salud sexual, pues ocasionalmente algunas de las participantes no utilizaban el condón con su pareja; Allen y Torres (2008) ya han mencionado este problema respecto a los riesgos pre-

sentes en las relaciones de confianza. Tal omisión es algo que temen comunicar en los servicios de salud, pese a que las expone al riesgo de reinfectarse o de adquirir otra infección de transmisión sexual. Asimismo, el estigma asociado al VIH se manifiesta en el temor a revelar el diagnóstico o a evitar las relaciones sexuales por temor a transmitir el virus. Las anteriores son manifestaciones de un proceso de internalización del estigma (Herrera et al., 2014) que aumentan la vulnerabilidad vinculada a las diferencias de poder en la relación de pareja. En este sentido, es importante considerar que una concepción integral de la salud implica la inclusión de la dimensión de la sexualidad, y que los servicios de salud requieren atender los problemas presentes en la negociación del uso del condón con la pareja.

Entre los riesgos del uso de medicamentos antirretrovirales se encuentra el aumento del nivel de grasas y azúcar en sangre, así como diversos problemas digestivos, por lo que las recomendaciones relativas a la alimentación y el ejercicio son esenciales. Pese a ello, las participantes reportaron diversas barreras contextuales, como no contar con los recursos económicos para tener una despensa saludable o la falta de tiempo para preparar los alimentos debido a sus múltiples actividades. Esta última barrera es similar a la identificada por Krumpal et al. (2014) para la toma de medicamentos, la cual es afectada por la organización de la vida cotidiana.

También existen barreras personales intencionales, como no poder dejar de comer ciertos alimentos, no ingerir alimentos saludables o no querer establecer una rutina de ejercicio, que no se perciben como prácticas de riesgo en la misma medida que el sexo sin condón o el consumo de sustancias, y que a la vez representan formas en que las mujeres dejan de “ser para el otro” (Campero et al., 2010) y actúan para sí mismas, aunque ello implique riesgos para su salud. Por ello, las intervenciones psicológicas tendrían que orientarse a promover cambios en los hábitos alimenticios, además de abordar la dificultad para disminuir el consumo de tabaco; respecto al consumo de alcohol, cabe mencionar las dudas de las participantes acerca de la posibilidad de hacerlo en forma ocasional.

En términos de la asistencia a citas y laboratorio, las principales barreras fueron personales, como el olvido, así como barreras contextuales, que incluyen el no tener dinero para el transporte y las largas distancias. Ello indica la posible utilidad del uso de recordatorios con los pacientes que tienen esas barreras, así como de apoyos económicos para los pacientes más vulnerables. Tal como ocurre con el caso del ejercicio y de la toma del medicamento, los horarios de trabajo o la falta de tiempo debida a múltiples actividades pueden afectar el descanso y el cuidado de la salud mental, esta última promovida especialmente a través de la terapia individual o de grupos de apoyo. Es necesario señalar que, en el momento en que se realizó el estudio, había mujeres que acudían a servicios psicológicos, o bien que, dando prioridad a la atención médica, habían recurrido a dichos servicios en etapas de crisis.

Finalmente, a diferencia del estudio de Herrera et al. (2014), las participantes no reportaron dificultades importantes con el personal de salud; no obstante, se identificaron limitaciones para comunicarse abiertamente en relación a la sexualidad, el consumo de sustancias o el olvido de ciertas tomas. En menor medida, también señalaron ciertas barreras contextuales, como el desabasto de medicamentos (Arrivillaga, 2010b), aunque esto de forma ocasional.

Para futuros estudios, se recomienda identificar las barreras personales y contextuales en distintos grupos de mujeres diferenciados por sus niveles de adherencia, a fin de generar estrategias de atención acordes a su vulnerabilidad ante la no adherencia durante el proceso de tratamiento, lo que permitirá comprender en qué medida los procesos de adherencia óptima se vinculan con reestructuraciones de las regulaciones de género en su vida cotidiana, pues convertirse en una “buena paciente” implica un proceso de empoderamiento. Asimismo, es recomendable fomentar como una práctica continua la evaluación de la adherencia terapéutica, asumiendo que patrones de no adherencia en el corto plazo son inevitables, aun en pacientes con carga viral indetectable, y que dicha evaluación también debe incluir la adherencia no farmacológica a fin de prevenir posibles complicaciones respecto a su salud.

En fin, las barreras para la adherencia en mujeres que viven con VIH pueden diferenciarse por los propios tipos de adherencia. La adherencia farmacológica se ve afectada en el corto plazo por el olvido, el malestar físico (incluidos los efectos secundarios del tratamiento antirretroviral), el cansancio o el desarrollo de múltiples actividades. A mediano plazo, el malestar emocional es la principal barrera para la adherencia farmacológica.

Respecto a la adherencia no farmacológica, las áreas donde se identificó el mayor riesgo

fueron la sexualidad, la alimentación y la actividad física, aunque también hay barreras personales y contextuales que afectan el cuidado de la salud mental, el descanso y la asistencia a las citas. Se recomienda promover el automonitoreo de la adherencia farmacológica y no farmacológica como una práctica continua durante el proceso de tratamiento, así como instrumentar estrategias de intervención ajustadas a las circunstancias de vida de cada paciente para reducir al mínimo la no adherencia.

## REFERENCIAS

- Allen, B.A. y Torres, P. (2008). Género, poder y VIH/SIDA en la vida de las mujeres mexicanas: prevención, atención y acciones prioritarias. En J. A. Córdova, S. Ponce de León y J. L. Valdespino (Eds.): *25 años de SIDA en México. Logros, desaciertos y retos* (pp. 275-287). Cuernavaca (México): Instituto Nacional de Salud Pública.
- Applebaum, A., Richardson, M., Brady, S., Brief, D. y Keane, T. (2008). Gender and other psychosocial factors as predictors of adherence to highly active antiretroviral therapy (HAART) in adults with comorbid HIV/AIDS, psychiatric and substance-related disorder. *AIDS and Behavior*, 13, 60-65. doi: 10.1007/s10461-008-9441-x.
- Arrivillaga, M. (2010a). Dimensiones de adherencia terapéutica en mujeres colombianas con VIH/SIDA: una perspectiva social. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42(2), 225-236. Disponible en línea: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80515381005>.
- Arrivillaga, M. (2010b). Análisis de las barreras para adherencia terapéutica en mujeres colombianas con VIH/sida: cuestión de derechos de salud. *Salud Pública de México*, 52(4), 350-356. Disponible en línea: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342010000400011yscript=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342010000400011yscript=sci_arttext)
- Balandrán, D., Gutiérrez, J. y Romero, M. (2013). Evaluación de la adherencia antirretroviral en México: adherencia de cuatro días vs. índice de adherencia. *Revista de Investigación Clínica*, 65(5), 384-391. Disponible en línea: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2013/nn135c.pdf>
- Campero, L., Caballero, M., Kendall, T., Herrera, C. y Zarco, A. (2010). Soporte emocional y vivencias del VIH: impactos en varones y mujeres mexicanos desde un enfoque de género. *Salud Mental*, 33(5), 409-417. Disponible en línea: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252010000500005yscript=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252010000500005yscript=sci_arttext).
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida (s.f. a). *La epidemia del VIH y el sida en México*. México: CENSIDA.
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida (s.f. b). *Mujeres y... el VIH y el sida en México*. México: CENSIDA.
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida (2014). *Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH* (6ª ed.). México: CENSIDA.
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida (2015). *Vigilancia epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro Nacional de Casos de SIDA. Actualización al 2do. trimestre de 2015*. México: CENSIDA. Disponible en línea: [http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN\\_2do\\_trim\\_2015.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN_2do_trim_2015.pdf)
- Chesney, M., Morin, M. y Sherr, L. (2000). Adherence to HIV combination therapy. *Social Science & Medicine*, 50, 1599-1605. Disponible en línea: [http://atar-vih.wdfiles.com/local--files/biblio/chesney\\_adherence%20to%20HIV%20therapy\\_soc%20sci%20med.pdf](http://atar-vih.wdfiles.com/local--files/biblio/chesney_adherence%20to%20HIV%20therapy_soc%20sci%20med.pdf)
- Gagné, C. y Godin, G. (2005). Improving self-report measures of non-adherence to HIV medications. *Psychology and Health*, 20(6), 803-816.
- González, M., Ybarra, J. y Piña, J. (2012). Relaciones sociales, variables psicológicas y conductas de adherencia en adultos con VIH. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(2), 173-184.
- Herrera, C., Campero, L., Caballero, M., Kendall, T. y Quiroz, A. (2009). Cuerpo y sexualidad en la experiencia de hombres y mujeres con VIH: una exploración de diferencias y coincidencias de género en México. *Estudios Sociológicos*, 27(79), 147-170.
- Herrera, C., Kendall, T. y Campero, L. (2014). *Vivir con VIH en México. Experiencias de mujeres y hombres desde un enfoque de género*. México: El Colegio de México.

- Krummenacher, I., Spencer, B., Du Pasquier, S., Bugnon, O., Cavassini, M. y Schneider, M. (2014). Qualitative analysis of barriers and facilitators encountered by HIV patients in an ART adherence programme. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 36, 716-724. doi: 10.1007/s11096-014-9930-0
- Mo, P. y Mak, W. (2009). Intentionality of medication non-adherence among individuals living with HIV/AIDS in Hong Kong. *AIDS Care*, 21(6), 785-795. doi: 10.1080/09540120802511968
- Norton, W., Rivet, K., Fisher, W., Shuper, P., Ferrer, R., Cornman, Fisher, J. (2010). Information-motivation-behavioral skills barriers associated with intentional versus unintentional ARV non-adherence behavior among HIV+ patients in clinical care. *AIDS Care*, 22, 979-987. doi: 10.1080/09540121003758630
- Peñarrieta, M., Kendall, T., Martínez, N., Rivera, A., Gonzáles, N., Flores, F. y Del Ángel, A. (2009). Adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con VIH en Tamaulipas, México. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 26(3), 333-337.
- Puskas, C., Forrest, J., Parashar, S., Salters, K., Cescon, A., Kaida, A., Hogg, R. (2011). Women and vulnerability to HAART Non-adherence: a literature review of treatment adherence by gender from 2000 to 2011. *Current HIV/AIDS Reports*, 8, 277-287. doi: 10.1007/s11904-011-0098-0
- Reynolds, N., Sun, J., Nagaraja, H., Gifford, A., Wu, A. y Chesney, M. (2007). Optimizing measurement of self-reported adherence with the ACTG Adherence Questionnaire. A cross-protocol analysis. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 46, 402-409. doi: 10.1097/QAI.0b013e318158a44f
- Rivet, K., Konkle-Parker, D., Cornman, D., Barta, W., Ferrer, R., Norton, ... Fisher, W. (2007). Reasons for ART non-adherence in the Deep South: adherence needs of a sample of HIV-positive patients in Mississippi. *AIDS Care*, 19, 1210-1218. doi: 10.1080/09540120701426516
- Skovdal, M., Campbell, C., Nyamukapa, C. y Gregson, S. (2011). When masculinity interferes with women's treatment of HIV infection: a qualitative study about adherence to antiretroviral therapy in Zimbabwe. *Journal of the International AIDS Society*, 14, 1-7. doi: 10.1186/1758-2652-14-29
- Ubbiali, A., Donati, D., Chiorri, C., Bregani, V., Cattaneo, E., Maffei, C. y Visintini, R. (2008). Prediction of adherence to antiretroviral therapy: Can patients' gender play some role? An Italian pilot study. *AIDS Care*, 20(5), 571-575. doi: 10.1080/09540120701867172





# Parto fisiológico, episiotomía y cesárea: su impacto en el reinicio sexual masculino<sup>1</sup>

## *Physiological delivery, episiotomy and cesarean section: Their influence on the male sexual restart*

*José Salvador Sapién López y Diana Isela Córdoba Basulto<sup>2</sup>*

### RESUMEN

La investigación sobre la influencia que las cirugías ginecoobstétricas tienen sobre el comportamiento sexual en el período posparto ha centrado su atención en las mujeres. Por ello, el objetivo del presente estudio fue analizar el impacto que el parto fisiológico, la episiotomía y la cesárea tienen sobre el reinicio sexual masculino. Se entrevistó a hombres de la zona metropolitana de la Ciudad de México, cuyos descendientes nacieron en alguna de estas condiciones de parto, y se categorizó el contenido de sus discursos. Se encontró que las complicaciones de salud derivadas del parto fisiológico, pero principalmente de la episiotomía y la cesárea, demoraron el reinicio sexual masculino e incidieron en la forma, experiencias y significados de su ocurrencia. La cuarentena y la fragilidad atribuida al cuerpo femenino recién parido y convaleciente fueron prácticas y saberes socioculturales que también contribuyeron a su postergación. A partir de los hallazgos, se sugiere que los profesionales de ginecoobstetricia y disciplinas del comportamiento den asesoría a los hombres y no únicamente a las mujeres, de manera sistemática, abierta y oportuna, sobre sexualidad, embarazo, desarrollo gestacional, intervenciones ginecoobstétricas y puerperio, a fin de coadyuvar a la salud y bienestar individual, de la pareja y de la familia.

**Palabras clave:** Reinicio sexual; Hombres; Parto fisiológico; Episiotomía; Cesárea.

### ABSTRACT

*Research on the influence of gynaeco-obstetrical surgeries have on sexual behavior during the postpartum period has narrowly focused on women. Thus, the aim of the present study was to analyze the impact of physiological delivery, episiotomy and Cesarean section deliveries, on males' sexual restart. Men living in the metropolitan area of Mexico City, whose descendants were born in any of these situations, were interviewed, and the content of their verbal responses analyzed. Results show that health complications derived from childbirth in these circumstances, but especially episiotomy and Cesarean section, delayed men's sexual restart. Findings also suggest that such childbirth conditions affected the form, experiences and meanings of sexual restart. The quarantine and the fragility attributed to the feminine body as convalescing from childbirth involved socio-cultural practices and conceptions also contributing to postponement. Findings suggest that the professionals of both gynaeco-obstetrics and behavioral disciplines should advice men, not only women, in a systematic, open and timely way, on sexuality, pregnancy, uterine gestation, gynaeco-obstetrical interventions and puerperium, in order to contribute to the health and well-being of the couple, its family and each of their members individually.*

**Key words:** Sexual restart; Men; Physiological delivery; Episiotomy; Cesarean section.

<sup>1</sup> Investigación financiada por la Universidad Nacional Autónoma de México, Proyecto PAPCA 2013 y 2014, Num. 29: "Comportamiento sexual y deseo sexual de hombres en su trayectoria de vida: diferencias generacionales". Artículo recibido el 7 de octubre y aceptado el 26 de noviembre de 2015.

<sup>2</sup> Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México, Av. de los Barrios 1, Los Reyes Iztacala, 54090 Tlalnepantla, Edo. de México, México, tel. (55)56-23-12-05, correos electrónicos: josesapien@hotmail.com y dicordoba@hotmail.com.

## INTRODUCCIÓN

El comportamiento sexual conlleva construcciones socioculturales y personales. Lo que Rubin (1986) denominó “sistema de sexo/género y parentesco” –el orden sociocultural y político que marca las diferencias y jerarquías entre mujeres y hombres, los criterios definitorios del parentesco, los derechos y obligaciones de cada sexo dentro y fuera de la parentela, y otras distinciones sociales importantes– influye en el comportamiento sexual. Este sistema procura a hombres y mujeres determinadas posibilidades, imposiciones y prohibiciones en su ejercicio sexual. El *desideratum*, o conjunto de deseos y normas sociales sobre lo que corresponde a lo masculino y a lo femenino (Cazés, 2000), y los *guiones sexuales* (Gagnon, 1980) inciden en el acto sexual: quién lo propone, con quién se practica, a qué edades, en qué períodos, de qué forma, en qué lugar y momento, con qué frecuencia y por qué motivos y fines. Esta normatividad patriarcal se traduce en prácticas de enculturación y socialización (Sapién y Córdoba, 2011) y es un referente para que los individuos, con sus posiciones, intereses y puntos de vista, generen opciones y resistencias en su actuación sexual.

De acuerdo con la perspectiva teórica de género, la cual identifica, analiza, critica y busca deconstruir las determinaciones históricas, políticas, económicas, sociales, culturales, éticas y psicológicas de la subordinación femenina (Cazés, 2000; De Beauvoir, 1997; Lagarde, 1997) y de la dominación masculina (Bourdieu, 2000), y con la concepción de Foucault (1996) acerca del carácter histórico, relativo y dinámico del poder en la sexualidad, se puede afirmar que los varones y mujeres negocian y transforman su actividad sexual de acuerdo con el balance de poder en la pareja, los contextos de vida, las condiciones corporales de ambos y las concepciones arraigadas y las experiencias de cada uno, todo ello a través de etapas, períodos y momentos claves.

Los varones transforman su actividad sexual a través de su vida, implicados personalmente y asignando significados y buscando sentido. En México, por ejemplo, la iniciación sexual marca su paso a otra etapa vital (Amuchástegui, 2001). En su juventud temprana y en condiciones de soltería, ha-

biendo sido formados en una cultura que exalta la sexualidad masculina e invisibiliza su vulnerabilidad (Córdoba, 2005), se abren a la experimentación sexual. De modo análogo, según reportan trabajadoras sexuales, hombres de distintas edades y clases sociales pagan sus servicios a cambio de placer sexual (Checa, Córdoba y Sapién, 2005). Algunos varones solteros o casados se involucran de manera machista en relaciones sexuales que ocasionan embarazos no deseados que devienen abortos inducidos, como relatan mujeres que, orilladas a ello, los han padecido física, psicológica y socialmente (Vargas, Córdoba y Sapién, 2007). Otros hombres, durante el embarazo de su compañera, modulan sus relaciones sexuales en forma, intensidad y frecuencia tales que protegen la salud materno-fetal, desarrollando su paternidad naciente y considerando o no significados prohibitivos atribuidos al cuerpo preñado (Sapién, Salguero y Córdoba, 2011). Asimismo, algunos hombres reportan, durante los primeros tres meses posparto, que se masturban y reciben sexo oral de su pareja antes del reinicio coital (Van Anders, Hipp y Low, 2013). Se ha mostrado asimismo que varones de Tanzania se abstienen sexualmente con la puérpera, pero practican sexo extramarital con el fin –según sus constructos culturales– de preservar la salud de sus hijos, pues de otro modo éstos contraerían *kubemenda*, esto es, diarreas, delgadez extrema, debilidad física y pobre crecimiento (Mbekenga, Pembe, Darj, Christensson y Olsson, 2013). De modo similar, padres jamaíquinos reportaron el intercambio con dos o más parejas sexuales (30%) y una mayor apertura al sexo casual (50%) en los doce meses del posparto (Gray et al., 2015).

Sin embargo, ¿qué ocurre con el comportamiento sexual masculino a raíz de las intervenciones quirúrgicas en la compañera durante la expulsión fetal? Se sabe que el parto fisiológico es un proceso reproductivo en el que se ponen en marcha los mecanismos materno-fetales para que nazca el bebé en un medio hospitalario; si madre y feto comparten un embarazo saludable, entonces el parto tiene lugar sin necesidad de cirugías.

La episiotomía es una incisión quirúrgica realizada en la zona del perineo femenino para ampliar la vagina, abreviar el parto y agilizar la

salida del feto. Esta operación se realiza con tijeras o bisturí y requiere sutura. Su uso rutinario, no específico, está contraindicado porque no hay evidencia de sus beneficios en las madres; incluso algunos resultados han sido peores por haberla practicado (Hartmann et al., 2005).

Por su parte, la cesárea es una incisión quirúrgica practicada en el abdomen y el útero de la mujer embarazada para extraer el feto. Es una cirugía mayor, con los riesgos y eventos que esta conlleva. El dolor en la incisión puede ser intenso y la recuperación posparto de la movilidad física puede tomar semanas.

Como Mourichon (s/f) afirma, los desgarros sufridos en partos distócicos y las heridas causadas por la episiotomía o la cesárea pueden dejar secuelas dolorosas y antiestéticas que perturben la vida sexual de las mujeres. Still (1986) reportó que los procesos fisiológicos maternos asociados a la lactancia y las molestias dejadas por la episiotomía desalientan a las mujeres de tener relaciones sexuales en el posparto. Khajehei, Ziyadlou, Safari, Tabatabaee y Kashefi (2009) hallaron que las mujeres tardaron cuarenta días tras una episiotomía o diez desde una cesárea para reiniciar sus relaciones sexuales. Los problemas sexuales asociados a la episiotomía fueron la disminución de la libido (80%), la insatisfacción sexual (65%) y la herida vaginal (55%); los relacionados a la cesárea fueron la resequedad vaginal (85%), la insatisfacción sexual (60%) y la disminución de la libido (35%). La pregunta que aquí se plantea es: ¿Qué sucede con el reinicio coital de los compañeros de mujeres sometidas a estas cirugías? Dado que el coito es un comportamiento relacional (Van Anders et al., 2013), estos procedimientos podrían repercutir en el deseo y la decisión de los varones —mucho menos considerados que las mujeres en esta área de investigación (Van Anders et al., 2013; Williamson, McVeigh y Baafi, 2008)— para reemprender su actividad sexual. Los autores citados hallaron que en la mayoría de hombres la actividad sexual decrece después del nacimiento de sus hijos, aunque en otros puede aumentar o permanecer igual; no obstante, al centrarse en el efecto de la paternidad, no analizaron la influencia del tipo de intervención médica en el parto. Así,

el objetivo del presente estudio fue analizar el impacto que el parto fisiológico, la episiotomía y la cesárea practicadas a su compañera tienen sobre el reinicio coital de los varones, así como sus experiencias y significados.

## MÉTODO

Se eligió la entrevista cualitativa (Rapley, 2004; Sapién, 2006; Taylor y Bogdan, 1996) para lograr el objetivo de la presente investigación en virtud de que su forma conversacional y narrativa, su realización cara a cara y su similitud con otras prácticas comunicativas permiten la producción de discursos que recuperan retroactivamente los comportamientos sexuales de los varones —en particular el reinicio coital después que la pareja parió— y sus experiencias, puntos de vista, explicaciones y versiones al respecto.

### Participantes

Se invitó a participar a padres que habían tenido una vida conyugal aun después del nacimiento de sus hijos. Participaron catorce varones cuyos datos sociodemográficos se muestran en la Tabla 1.

Los datos de edad de las cónyuges de cada participante, así como los del número, sexo y edad de los descendientes de ambos, y los del tipo de intervenciones quirúrgicas practicadas a las madres en el parto, se presentan en la Tabla 2. Las edades menor y mayor de las mujeres fueron de 21 y 48 años, respectivamente, con un promedio de 31.81 años. El número de hijos fue de uno o dos. El parto fisiológico de la compañera fue una modalidad común. La cesárea fue la intervención quirúrgica por nacimiento más numerosa. Sólo tres mujeres tuvieron un parto con empleo de episiotomía.

### Instrumento

Se elaboró un guión temático de entrevista, cuyos tópicos fueron los datos generales de los participantes y ciertos aspectos relativos a su vida amorosa y sexual antes, durante y después de los períodos de embarazo de su compañera.

**Tabla 1.** Datos generales de los varones que participaron en el estudio.

| Participante | Origen          | Residencia     | Edad | Estado civil | Religión  | Nivel de estudios | Ocupación                                |
|--------------|-----------------|----------------|------|--------------|-----------|-------------------|--|
| Andrés       | Cd. de México   | Cd. de México  | 31   | Casado       | Católica  | Licenciatura      | Jefe administrativo                      |
| Víctor       | Puebla          | Edo. de México | 40   | Casado       | Católica  | Licenciatura      | Gerente de empresa                       |
| Antonio      | Cd. de México   | Cd. de México  | 28   | Casado       | Cristiana | Secundaria        | Reparador de motos                       |
| Beto         | Edo. de México  | Edo. de México | 30   | UL           | Católica  | Bachillerato      | Electricista                             |
| Luis         | Hidalgo         | Edo. de México | 49   | Separado     | Cristiana | Primaria          | Maestro de la Biblia                     |
| Ricardo      | Veracruz        | Edo. de México | 20   | Casado       | Cristiana | Secundaria        | Trabajador eventual                      |
| Alex         | Edo. de México  | Edo. de México | 27   | Separado     | Católica  | Secundaria        | Cargador                                 |
| Alberto      | Edo. de México  | Edo. de México | 32   | Casado       | Católica  | Secundaria        | Supervisor en abarrotes                  |
| Jorge        | Cd. de México   | Cd. de México  | 23   | UL           | Católica  | Bachillerato      | Supervisor de autoservicio               |
| José         | Cd. de México   | Cd. de México  | 31   | Casado       | Católica  | Secundaria        | Empleado nocturno                        |
| Manuel       | Baja California | Cd. de México  | 27   | Casado       | Católica  | Posgrado          | Empleado en el sector salud y estudiante |
| Julio        | Cd. de México   | Cd. de México  | 35   | UL           | Católica  | Carrera técnica   | Reparador de sinfonolas                  |
| Tony         | Edo. de México  | Edo. de México | 36   | Casado       | Católica  | Bachillerato      | Ejecutivo de banco                       |
| Alfredo      | Edo. de México  | Edo. de México | 33   | Casado       | Cristiana | Bachillerato      | Empleado de empresa                      |

**Tabla 2.** Datos de la pareja y de los descendientes de los participantes.

| Participante | Edad de la cónyuge | Edad de los hijos                         | Intervención quirúrgica en el parto |
|--------------|--------------------|---|-------------------------------------|
| Andrés       | SD*                | Un hijo de 11 meses                       | Parto fisiológico                   |
| Víctor       | 43                 | Una hija de 16 años                       | Parto fisiológico                   |
| Antonio      | 26                 | Una hija de 5 años                        | Parto fisiológico                   |
| Beto         | 28                 | Dos hijos de 4 y 2 años                   | Partos fisiológicos                 |
| Luis         | 48                 | Un hijo de 30 y una hija de 27 años       | Partos fisiológicos                 |
| Ricardo      | 21                 | Dos hijas: una fallecida y otra de un año | •Parto fisiológico<br>•Episiotomía  |
| Alex         | 27                 | Un hijo de 9 años                         | Episiotomía                         |
| Alberto      | SD*                | Una hija de 8 y un hijo de 4 años         | •Episiotomía<br>•Parto fisiológico  |
| Jorge        | 35                 | Una hija de 2 años                        | Cesárea                             |
| José         | 29                 | Un hijo de 6 meses                        | Cesárea                             |
| Manuel       | 32                 | Una hija de 7 meses                       | Cesárea                             |
| Julio        | 29                 | Un hijo de 4 años y una hija de 11 meses  | Cesáreas                            |
| Tony         | 32                 | Un hijo de 6 y una hija de 4 años         | Cesáreas                            |
| Alfredo      | SD*                | Un hijo de 11 y una hija de 3 años        | Cesáreas                            |

\* SD: sin datos de edad.

## Procedimiento

*Negociación.* Se explicó a los participantes que el propósito del estudio era conocer algunos aspectos de su sexualidad antes, durante y después del embarazo o los embarazos de su compañera. Asimismo, por razones éticas, se les prometió preservar

el anonimato de ambos, sustituyendo sus nombres por seudónimos, y dar un trato confidencial a la información que iban a proporcionar, todo lo cual se cumplió cabalmente.

*Entrevista.* Las entrevistas cualitativas, de clase semiestructurada, se realizaron siguiendo el

guión temático mencionado, de conformidad con un formato de conversación *vis a vis* entre los entrevistados y cada participante por separado. Los varones (solamente “Beto”) participaron en una o

en dos sesiones de entrevista de duración variable, hasta cubrir el citado guión, en escenarios que permitieron al entrevistado expresarse con privacidad y confianza (Tabla 3).

**Tabla 3.** Lugar, número y duración de las sesiones de entrevista con los participantes.

| Participante (seudónimo) | Lugar de entrevista     | Número de sesiones | Duración de cada sesión            |
|--------------------------|-------------------------|--------------------|------------------------------------|
| Andrés                   | Su oficina              | 1                  | 46 minutos                         |
| Víctor                   | Casa de un amigo        | 2                  | •1 hora, 40 minutos<br>•30 minutos |
| Antonio                  | Oficina de una bodega   | 1                  | 55 minutos                         |
| Jorge                    | Conserjería de escuela  | 1                  | 27 minutos                         |
| Beto                     | Su casa                 | 2                  | •1 hora, 29 minutos<br>•37 minutos |
| Luis                     | Salón de un templo      | 2                  | 54 minutos<br>25 minutos           |
| Ricardo                  | Oficina de un templo    | 2                  | 45 minutos<br>30 minutos           |
| Alex                     | Casa de un amigo        | 1                  | 1 hora, 10 minutos                 |
| Alberto                  | Casa de un amigo        | 1                  | 1 hora, 17 minutos                 |
| José                     | Casa de un amigo        | 1                  | 48 minutos                         |
| Manuel                   | Cubículo de su facultad | 1                  | 1 hora, 18 minutos                 |
| Julio                    | Su casa                 | 1                  | 1 hora, 50 minutos                 |
| Tony                     | Casa de un amigo        | 1                  | 45 minutos                         |
| Alfredo                  | Salón de un templo      | 1                  | 1 hora, 10 minutos                 |

Los temas fueron abordados en la misma secuencia, involucrando variaciones y ampliaciones que dependieron de los relatos generados por los entrevistados. Cada entrevista fue audiograbada con su consentimiento explícito.

*Transcripción.* Cada sesión de entrevista fue transcrita en el transcurso de la siguiente semana a su realización considerando literalmente las palabras y expresiones de los participantes.

*Codificación y análisis.* Se seleccionaron sólo los relatos de los participantes que referían la sexualidad de la pareja después del nacimiento de sus hijos. Se ajustaron algunos fragmentos de los relatos mediante la eliminación de repeticiones de palabras, pero conservando su contenido, con la finalidad de presentarlos en un español más estandarizado a fin de lograr una mejor comunicación pública. Se hizo un análisis del discurso (Mbeken-

ga et al., 2013) o análisis de contenido de los relatos (Trutnovsky, Haas, Lang y Petru, 2006; Williamson et al., 2008) para formular dominios y categorías (Steinfeldt et al., 2011). Se emplearon como testimonios algunos segmentos *ad hoc* de los relatos.

## RESULTADOS

Los hallazgos sobre el comportamiento sexual de los varones durante el período de posparto de su compañera correspondieron a tres dominios: tiempo transcurrido entre el parto y el reinicio coital, experiencias y significados del varón en torno al reinicio sexual en función de la clase de intervención médico-quirúrgica practicada a su pareja en el parto, y otros eventos del puerperio cuyos significados postergaron el reinicio coital masculino.



## Tiempo para el reinicio coital en el posparto

Excepto Andrés, todos los varones permanecieron al menos cuarenta días sin actividad coital después del parto. Los participantes postergaron su reinicio coital, en promedio, después de un parto fisiológico,

una episiotomía y una cesárea, en este orden decreciente. El reinicio de menor y de mayor latencia (un mes y seis meses, respectivamente) fueron por parte de aquellos cuya pareja había parido sin intervención quirúrgica alguna (Tabla 3).

**Tabla 3.** Tiempo transcurrido para el reinicio coital de los participantes en función de la intervención quirúrgica practicada a su pareja.

| Intervención médico-quirúrgica a la pareja | Participante | Tiempo para el reinicio coital posparto   |
|--|--------------|---|
| Parto fisiológico                          | Andrés       | Un mes                                    |
|  | Antonio      | Respeté su cuarentena                     |
|  | Luis         | La cuarentena                             |
|  | Víctor       | Casi los setenta días                     |
|  | Alberto      | Como a los tres meses                     |
|  | Ricardo      | Cuatro meses                              |
|  | Beto         | Como seis meses                           |
| <b>Media estimada</b>                      |              | <b>81 días</b>                            |
| Episiotomía                                | Ricardo      | La cuarentena y diez días más             |
|  | Alex         | La cuarentena y quince días más           |
|  | Alberto      | A los dos meses y medio, casi a los tres  |
| <b>Media estimada</b>                      |              | <b>65 días</b>                            |
| Cesárea                                    | Manuel       | La cuarentena                             |
|  | Tony         | Yo respeté ese período (de cuarenta días) |
|  | Jorge        | Cuarenta y cinco días más o menos         |
|  | Julio        | La cuarentena y una semana                |
|  | Alfredo      | La cuarentena y unos días más             |
|  | José         | A los tres meses                          |
| <b>Media estimada</b>                      |              | <b>51 días</b>                            |

## Impacto de las intervenciones quirúrgicas

En todos los casos, el proceso de recuperación puerperal y las intervenciones ginecoobstétricas hechas a la mujer afectaron el reinicio coital masculino.

## Reinicio coital después del parto fisiológico

El tiempo de abstinencia coital de los varones después del nacimiento de su descendiente mediante parto fisiológico fue variable. Andrés y su compañera fueron los únicos que no completaron el

período acostumbrado de cuarenta días sin coito; sin embargo, retomaron su vida sexual hasta que había cesado el flujo de loquios. Andrés señaló: “Fue yo creo que como al mes después de que ella se alivió [...] Duran como cuarenta días todavía sangrando [...] A ella le daba miedo que me fuera a infectar [...] Entonces, como al mes, ya tuvimos otra vez nuestra vida sexual”.

Víctor, Alberto, Ricardo, Beto y Luis se abstuvieron de tener relaciones sexuales con su pareja durante diferentes tiempos después del parto fisiológico, superando con holgura la estricta cuarentena. Víctor y su pareja, a pesar del deseo

sexual de él, aguardaron un lapso de setenta días. Relató: «Hay un proceso que se llama cuarentena y no tuvimos relaciones sexuales hasta casi los setenta días [...] Respetas eso, y aunque haya atracción dices: “No, no, *back*”».

Alberto y su compañera rebasaron notoriamente la cuarentena sin contacto sexual. Él dijo: “Volvímos a tener relaciones sexuales como a los tres meses”. El reinicio coital puede posponerse por un tiempo mayor después de la cuarentena debido no a la recuperación puerperal sino al sufrimiento paterno, y sobre todo el materno, provocado por la muerte del producto. Ricardo contó: “Nació de parto natural. Como al mes falleció. Falleció en el hospital por neumonía [...] Nos pusimos a ayunar y en oración. La llevé un rato de vacaciones otra vez al mar para ver si se le quitaba ese trauma [...] Tardamos cuatro meses en tener relaciones [...] Ya se dio porque yo insistí. De tanto que le insistí, ya accedí”.

Beto retomó la actividad sexual con su compañera (dedicada a la crianza, opuesta a vivir un nuevo embarazo y renuente al sexo) al medio año de un parto fisiológico sin complicaciones de salud. Relata: «No hubo nada de eso [sexo]. Y no fueron cuarenta días, fueron como seis meses [...] Le dije: “¿Cuándo vamos a tener relaciones?”, “Es que tengo miedo de quedar embarazada”. Le dije “Usamos protección”, “No, es que tengo miedo”. Entonces dije “Okey, no” [...] Llegué un día, la empecé a besar y me dice: “¿Quieres que tengamos relaciones?”. Para mí era: “Nada más porque tú tienes ganas” [...] Al otro día tomó una pastilla para no quedar embarazada».

Luis tampoco tuvo sexo en el puerperio, pero, aclaró, nunca antes fue satisfactorio ni suficiente con su esposa. Dijo: “Vino una etapa de cuarentena. De por sí casi nunca pasaba (tener relaciones sexuales), o si lo hacíamos era siempre con reclamos de ella”. El caso de Antonio y su esposa también implicó conflicto. Narró: “Respeté su cuarentena. Después de esos días empezamos a discutir, a pelear más”.

De modo terminante, aunque en unos casos fue largo el retraso del reinicio coital, en otros se debió al luto y a la particular dinámica de pareja, no a las dificultades del puerperio.

## Reinicio coital después de la episiotomía

Los varones cuya compañera tuvo parto con episiotomía (Ricardo, Alberto y Alex) se abstuvieron de tener sexo más allá de la cuarentena debido a las complicaciones de la cirugía. Para Ricardo, la episiotomía en el segundo parto fue un factor de su abstinencia sexual de cincuenta días: “Después de la cuarentena nos esperamos diez días más para que su matriz se fortaleciera. Ella tenía miedo de tener relaciones sexuales porque cuando están en la cuarentena sacan mucha sangre y sacan todo lo feo (loquios) [...] Se llegaba a poner un pañal para adulto. Teníamos que venderla y desvendarla cada vez que tenía que bañarse o se le desacomodaba la venda [...] Mi suegra le sobaba el vientre y las piernas, que se le inflamaban [...] Empezamos con cuidado, poco a poco [a tener sexo]. El doctor lo recomendó, y ya después fui yo quien lo retomó”. Tales cuidados y curaciones tuvieron efecto. Ricardo agregó: “Cuando se alivian normal [parto vaginal] le abren tantito su vagina. Sus puntos [de la sutura] se le estaban madurando. Mi suegra la curaba y yo le ayudaba a retirarle los puntos. Eso era muy molesto [para su compañera]”.

Las secuelas de la episiotomía de la pareja condujeron a Alberto a un período cercano a los noventa días sin actividad coital: «Me empieza a explicar: “Mira, te rasuran (tricotomía); como el bebé sale, a lo mejor te abren más la vagina, y entonces ya te dan unas puntadas” [...] “¿Entonces no podemos tener relaciones sexuales?”, y dice: “No, todavía te aguantas” [...] Yo ya tenía ganas. Le digo: “Si ves que a los cuarenta días no te hago caso es que ya perdí por otro lado” [tuvo sexo con otra persona] [...] Esperó más de la cuarentena [y entonces] me dice: “¡Ahora sí, ya estoy lista!”. Pero todavía a mí me quedaba la idea de “¿Y si la lastimo?”. Ya no era tanta mi fantasía de tener relaciones, sino “Si ves que te estoy lastimando, me avisas” [...] Así fue esa vez, después de los cuarenta días, yo creo que como a los dos meses y medio, casi a los tres».

El reinicio coital de Alex y compañera tuvo una menor latencia que el mencionado antes, pero fue una experiencia más dramática debido a los cambios físicos, fisiológicos y estéticos resultantes de la episiotomía, a la congestión mamaria provo-

cada por los medicamentos y a las molestias de las curaciones. Relató: «Cuando se alivió le abrieron mucho su parte, le rasgaron mal, le cosieron mal y estuvo sufriendo mucho por sus curaciones [...] Le abrieron más y tenía chueco, tenía cosido... muy feo [...] Por los medicamentos que tenía que tomar por lo mismo, no le salía casi la leche y sus pechos estaban bien inflamados. Nada más le tocaba sus pechos y le dolían mucho, y todo el tiempo de su cuarentena se la llevó así. La abrazaba porque lloraba: “Amor, aquí voy a estar”. Le daba sus besos y abrazos, pero nada de relación; no la podía tocar porque le dolía [...] Para retomar las relaciones pasó la cuarentena y quince días más [...] Me dice: “Ya tócame” [...] Sí había caricias porque yo tenía que chupar sus pechos para sacar la leche y la tocaba también. Lo hacía para ayudarla con la herida. Los pechos, grandes, le dolían [...] La primera vez después de la cuarentena fue complicado porque yo pensaba que al penetrarla la iba a lastimar, que ella iba a sangrar y yo no quería hacerlo. Ya estábamos en el acto porque me lo pidió: “Anda, tengo ganas, quiero sentirte”, y yo: “Ya, bueno”. Uno como hombre debe cumplir, pero cuando comenzamos con el ‘69’ (posición sexual donde el rostro del varón queda frente a la vagina) y la miré rasurada y con la herida, no me gustó; sentí que podía lastimarla. Luego se pasó arriba de mí, y como que gritó y yo ya no quise continuar. Y ella: “No, mira ya estamos excitados, continúa, muévete, anda”, y yo pasmado; creía que la había lastimado, que le había abierto la herida. Y nos esperamos otros días».

En resumen, la episiotomía tuvo un efecto consistente y notorio en el retraso del reinicio de la actividad coital de los participantes.

### Reinicio coital tras la cesárea

Los participantes a cuyas cónyuges se les practicó cesárea (Manuel, Jorge, José, Toni, Alfredo y Julio) tardaron al menos la cuarentena para reanudar la vida sexual. El dolor resultante de la cirugía sentido por la esposa de Manuel propició que ésta reiniciara en ese término. Dijo Manuel: «Duramos la cuarentena [sin sexo] Tratamos de estar cerca, pero también, como ella estaba muy adolorida y yo tenía tanto trabajo, realmente no te cuestionas

mucho eso. Después ya empezamos a ver eso –hay que retomarla, ¿no?–, cuando ya nos estabilizamos y teníamos más callo [pericia] en cuidar a la bebé». Tony y su compañera se abstuvieron coitalmente en la cuarentena a causa de cada una de las dos cesáreas padecidas. Él no percibió otro cambio significativo adicional a las secuelas de la cirugía: “La cumplimos. Yo respeté ese período. Ella se vio muy delicada porque le hicieron cesárea [...] Yo le curaba su herida, le cambiaba el vendaje todos los días, le demostraba cuánto la quería haciendo todo eso por ella [...] Empecé [a proponerle tener relaciones sexuales]. Ya teníamos la necesidad de estar juntos”. Jorge y su pareja reiniciaron su actividad sexual solo unos días después de completar la cuarentena. En su percepción, la cesárea influyó en ello: «Volvimos a tener una vida sexual activa después de los cuarenta días, como a los cuarenta y cinco días. Los dos ya teníamos ganas. Recién cuando tenía la cicatriz me daba miedo de que se le fuera a abrir [...] No quería lastimarla y dije: “No, mejor hasta que se ponga bien”». Alfredo y su compañera también rebasaron sin sexo el período acostumbrado debido a la cirugía: “Se respetó la cuarentena, pero nos dimos unos días más para que se fortaleciera, porque fue cesárea”. En cuanto a Julio, aun cuando la recuperación de su compañera ocurrió sin obstáculos, él consideró necesario acatar, más que ella, el período de cuarentena después de la primera cesárea: «Una semana antes de que terminara la cuarentena me dijo [le propuso tener sexo] y le dije “¡Espérate, ya va a acabar la cuarentena!”». Volvimos a una vida sexual activa después de la cuarentena. No sé si pasó la cuarentena y una semana». El reinicio coital después de la segunda cesárea también rebasó la cuarentena, pero esta cesárea fue percibida por Julio como una cirugía inapropiada que alteró la vida familiar y de pareja, incluida la sexualidad. Julio recordó: “Del niño le hicieron cesárea, pero su herida había quedado bien. De mi hija le hacen su cesárea, ¡pero, ay, una cesárea tan horrible! El viernes siguiente regresa porque le está saliendo líquido. La internan que porque trae temperatura y que tiene infección, y estuvo una semana internada”. Por su parte, José declaró concisamente: “Recuperamos la vida sexual activa a los tres meses de nacido el bebé”.

Brevemente, las secuelas visibles y las infecciosas debidas a algunas cesáreas provocaron que los varones pospusieran su reinicio coital más allá de la cuarentena acostumbrada.

### Eventos que retardan el reinicio coital

Los significados de algunos eventos del puerperio desalentaron el reinicio coital. A Víctor le fue difícil recuperar el interés por el sexo después del parto fisiológico. Los senos y la vagina de su compañera, importantes en las relaciones sexuales, le evocaban la imagen, incompatible eróticamente para él, de su hija recién nacida y en lactancia. Además, veía menos atractivo el cuerpo de la compañera. Estas situaciones causaban reclamos. Él contó: «Había atracción porque a una mujer así le crecen los senos, pero ¿cómo tocar sus senos? Dio a luz. ¿Cómo voy a tocarle los senos si de allí come mi hija? [...] De allí viene el reclamo por parte de ella: “¿Ya no te gusto? ¡Pues claro! ¡Mira cómo me dejó tu hija!”. Porque ella era delgada, de vientre plano [...] Entonces yo: “Oye, ¿ya te creció la lonjita” [...] Había en la relación el acostarse, platicar, caricias, besos, pero después de eso: “Ya eres mamá”. Me decía: “¿Qué pasa?, ¿qué ha cambiado?”, y yo le decía: “Dame tiempo, ¿cómo voy a penetrar algo donde nació mi hija? No, no”».

Las prácticas y las ideas en torno al cuerpo femenino y sus cuidados en el posparto también contribuyeron a la decisión de retardar tras una episiotomía el reinicio coital masculino. Ricardo dijo: “No se pueden tener relaciones porque todavía tiene inflamada su vagina y tienen que volverse a contraer los músculos [...] Existe un huesito que si ella se *alivia* [pare], se desprende. Hay que fajarla para que ese hueso se vuelva a acomodar”. Análogamente, la secreción de leche propició experiencias y significados que alargaron el período sin sexo. Alex relató: «Cuando pasó la cuarentena y teníamos relaciones se le tiraba la leche. Ella me decía: “Tú eres mi bebé” [...] Le salía la leche y le decía: “Ya no quiero leche, ya no quiero saber nada de leche, y más por la forma en que te sale”».

Julio explicó su comportamiento posterior a las dos cesáreas de su esposa: “Yo sí tenía el deseo, pero me pasa lo mismo que en sus períodos [menstruales]: no la puedo ver ni tocar. Eso es de respetarse, porque aparte, pobrecillas, sí se la pa-

san mal”. Después de ambas cesáreas, Alfredo experimentó y significó el cuerpo y el erotismo con su compañera de modo semejante al de Víctor. Declaró: “Realmente los senos se hicieron para amamantar a los bebés, y sí, yo sentía raro, y la dejé de tocar en esa parte. Podía abrazarla, besarla en todo su cuerpo, y besaba sus senos, pero con menos frecuencia”.

### DISCUSIÓN

El presente estudio cualitativo (cf. Rapley, 2004; Sapién, 2006; Steinfeldt et al., 2011; Taylor y Bogdan, 1996; Trutnovsky et al., 2006; Williamson et al., 2008), con perspectiva teórica de género (Cazés, 2000; Córdoba, 2005; Lagarde, 1997; Rubin, 1986) se suma a las escasas exploraciones existentes sobre el comportamiento sexual de los varones en el período del posparto de la compañera (Van Anders et al., 2013; Von Sydow, 1999; Williamson et al., 2008). Muestra que el reinicio coital de los hombres es sensible a algunos eventos puerperales y a las complicaciones de salud de la mujer derivadas de las cirugías ginecoobstétricas.

*Cuarentena.* El período de abstinencia coital que varones y cónyuges consideraron obligatorio fue la cuarentena, impuesta por su cultura para la recuperación y cuidado de la mujer después del parto. Hombres y cónyuges acordaron abstenerse coitalmente hasta que se superara este período o ellas recobraran su bienestar y fortaleza. Este período de abstinencia coital posparto es similar al de seis semanas hallado por Williamson et al. (2008) en un estudio hecho en Australia, pero difiere del de ochenta días encontrado por Awusabo-Asare y Anarfi (1997) en Ghana. La abstinencia coital fue una necesidad, una convicción, una obligación, un deber de proteger en la cuarentena el “delicado” cuerpo de la cónyuge recién parida, concordando esto con el *desideratum* (Cazés, 2000) y constituyendo un “guión” (Gagnon, 1980) para los roles conyugales y maternos/paternos y para la conducta sexual. Estos significados imperativos cobraron realismo en las experiencias cotidianas con la puerpera convaleciente.

Si bien las construcciones socioculturales permitían a los participantes establecer relaciones sexuales con otras mujeres durante la convalecencia

posparto de la compañera, declararon no haberlas tenido. Quizá en una muestra más numerosa aparecerían casos en los que eso sí ocurre, como en Jamaica (Gray et al., 2015), Ghana (Awusabo-Asare y Anarfi, 1997), Tanzania (Mbekenga et al., 2013) y Nigeria (Bello, Olayemi, Aimakhu y Adekunle, 2011; Lawoyin y Larsen, 2002, país este último en que las practican hombres monógamos y polígamos (Mitsunaga, Powell, Heard y Larsen, 2005).

*Reinicio coital masculino tras parto fisiológico, episiotomía o cesárea.* El comportamiento sexual masculino posparto fue diverso (cf. Williamson et al., 2008) en cuanto al tiempo de reinicio, topografía, dinamismo (movilidad, vigor) y placer producido, y en función de los significados de los procesos fisiológicos puerperales y las secuelas de las cirugías ginecoobstétricas. Los varones pospusieron el reinicio coital más allá de la cuarentena al sentirse impresionados por las secuelas que el parto fisiológico (inflamación y sangrado de la vagina), la cesárea (sutura y dolor agudo en el tejido afectado) y la episiotomía (tricotomía e incisión, sutura y cicatrización perineales) dejaron en el cuerpo de la mujer, en especial si los síntomas puerperales eran notorios y las cirugías se hicieron con deficiencia o sanaron con lentitud.

Aunque el reinicio coital más tardío ocurrió después del parto fisiológico, la causa atribuida por los varones no fue la modalidad de nacimiento sino algunos aspectos poco relacionados con aquél, como el luto, la falta de amor, las expectativas reproductivas dispares y los conflictos en la pareja. Así como Khajehei et al. (2009) encontraron que el reinicio coital femenino era más tardío después de una episiotomía que de una cesárea, el presente estudio mostró un efecto similar, aunque menos pronunciado, en el reinicio coital masculino. El efecto diferente de la episiotomía y la cesárea sobre los hombres se debió a las huellas o marcas sensibles y graves que estas dejaron en el cuerpo femenino y a sus significados dispares: la cesárea afecta y lastima el vientre de la mujer, pero la episiotomía hiere y modifica la zona genital femenina, que tiene un significado sexual esencial para los varones. Algunos efectos de las cirugías fueron tan impactantes para los hombres que algunas compañeras, siendo las auténticas convalecientes del parto, paradójicamente tuvieron más interés que ellos en reiniciar la vida sexual, en tener más ac-

tividad sexual o en culminar una relación sexual, bien para satisfacer su propio deseo, bien para prevenir la infidelidad masculina y proteger así el nexo conyugal que consideraban en riesgo (Bello et al., 2011).

Estos hechos apoyan la concepción de De Beauvoir (1997) de que los cuerpos de las mujeres son simbolizados en el mundo patriarcal. El cuerpo recién parido, maternal, intervenido quirúrgicamente, convaleciente, es vivido y significado por la propia mujer, pero también por el varón, lo que incide en el reinicio de la actividad sexual masculina.

*Significados del cuerpo femenino que retardan el reinicio coital.* La congestión y el dolor de los senos, el uso de fajas o vendas y la secreción láctea en la recién parida causaron impresiones de delicadeza, compasión o rareza en algunos varones, con un efecto inhibitorio sobre su deseo y conducta sexual. Estos cambios son equiparables a las sintomatologías puerperales que afectan la sexualidad de las mujeres, como dispaurenia, irritación mamaria por la lactancia (Trutnovsky et al., 2006) y molestia perineal residual, músculos pubococcygeos relajados, sensaciones vaginales eróticas disminuidas y lubricación vaginal y respuesta orgásmica reducidas durante la lactancia (Still, 1986).

Otros significados atribuidos por los varones a la recuperación puerperal también postergaron el reinicio coital. El respeto, la espera, la paciencia, el temor, el cuidado y la precaución, más que la evitación de culpa señalada por Still (1986), pospusieron el coito más allá de la cuarentena. Algunos hombres vivieron el contraste simbólico del cuerpo sexual *versus* el cuerpo maternal de la compañera: sintieron atracción sensual hacia sus senos más voluminosos y firmes en el puerperio, pero ¿cómo tocarlos si eran la fuente de alimento del hijo?; deseaban las relaciones sexuales, mas ¿cómo penetrar con el miembro viril la vía por donde aquel había nacido? Podrían tener relaciones sexuales con ella, pero no las disfrutarían porque ella *ya era madre*. Significaron a las púerperas como intocables sexualmente aun en contra del deseo de ellas. También, el deseo sexual masculino disminuyó eventualmente por la mayor talla corporal de la mujer en el posparto, opuesta a la moda de la delgadez femenina.



La reducción y el ajuste de la actividad sexual masculinas asociados al embarazo (Sapién y Córdoba, 2011; Sapién et al., 2011), a los procesos puerperales, a las secuelas quirúrgicas y a los significados del cuerpo recién parido y del sexo posparto, contradicen la presunción de que los varones están siempre y en todas las situaciones y condiciones dispuestos al sexo, como ya lo planteó Córdoba (2005). Deben considerarse los cambios físicos en las mujeres que han parido bajo cualquier intervención ginecoobstétrica, pero también ciertas construcciones socioculturales (cuarentena, masculinidad, paternidad, delicadeza de la puerpera, sexualidad) y experiencias de los hombres con estas mujeres, a fin de comprender mejor el reinicio coital en el posparto ya que es relacional y contextual. En efecto, según Hipp, Kane y van Anders (2012), la sexualidad en el posparto es multidimensional.

Debido a la necesidad de orientación a varones y mujeres sobre su sexualidad antes, durante y después del embarazo, y dado que la viven como tema íntimo, emotivo, impactante o vergonzoso, es preciso que, como Still (1986), Sapién (2006) y Williamson et al. (2008) sugieren, los profesionales de ginecología y obstetricia y de disciplinas del comportamiento los asesoren sobre su salud sexual y reproductiva, pero también acerca de las interven-

ciones ginecoobstétricas, para ayudar a la cohesión de la pareja y la familia (Bello et al., 2011) y al bienestar de sus integrantes, en un marco de conocimiento y equidad intergenerativa.

En conclusión, la perspectiva teórica de género y la metodología cualitativa permitieron mostrar que la cuarentena fue considerada discursiva y fácticamente tanto por hombres como mujeres como un referente del tiempo mínimo obligatorio y conveniente de abstinencia coital en el posparto. Tiempo, forma, dinámica y experiencia del reinicio coital masculino se vieron afectados también por las cirugías practicadas a la compañera (episiotomía y cesárea, en este orden) y por sus complicaciones de salud derivadas de tales operaciones y las propias del parto fisiológico. Dicho impacto fue mediado o afectado por significados, compartidos o no por la pareja, sobre género, sexualidad en el posparto, cuerpo femenino recién parido, proceso de recuperación del puerperio y cuidados. Aún se requiere una indagación más precisa de la relación del comportamiento sexual de los hombres con las intervenciones médico-quirúrgicas por parto; los cambios físicos, fisiológicos, psicológicos y sociales de la puerpera y el varón, y los cuidados sanitarios médicos y los tradicionales durante el período de posparto.

## REFERENCIAS

- Amuchástegui, A. (2001). *Virginidad e iniciación sexual, experiencias y significados*. México: Edamex/Population Council.
- Awusabo-Asare, K. y Anarfi, J.K. (1997). Postpartum sexual abstinence in the era of AIDS in Ghana: prospects for change. *Health Transition Review*, 7(Supp.), 257-270.
- Bello, F.A., Olayemi, O., Aimakhu, C.O. y Adekunle, A.O. (2011). Effect of pregnancy and childbirth on sexuality of women in Ibadan, Nigeria. *International Scholarly Research Network. Obstetrics and Gynecology*, Article ID 856586.
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama (Col. Argumentos).
- Cazés, D. (2000). *La perspectiva de género* (1ª reimpr.). México: CONAPO/Comisión Nacional de la Mujer.
- Córdoba B., D.I. (2005). *Ellos y la vasectomía: temores, precauciones, deseos y mitos de la sexualidad masculina*. Tesis de Doctorado. México: Escuela Nacional de Antropología e Historia.
- Checa R., M.A., Córdoba B., D.I. y Sapién L., J.S. (2005). Entorno, experiencias sexuales e imagen corporal de sexoservidoras de la zona metropolitana. *Psicología y Ciencia Social*, 7(1-2), 51-62.
- De Beauvoir, S. (1997). *El segundo sexo* (t. 1. *Los hechos y los mitos*) (7ª ed.). México: Alianza Editorial/Siglo Veinte.
- Foucault, M. (1996). *Historia de la sexualidad. I La voluntad de saber* (24ª ed.). Madrid: Siglo Veintiuno Editores.
- Gagnon, J. (1980). *Sexualidad y cultura*. México: Pax México.
- Gray, P.B., Reece, J.A., Coore-Desai, C., Dinnall-Johnson, T., Pellington, S. y Samms-Vaughan, M. (2015). Sexuality among fathers of newborns in Jamaica. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(44), 1-9. doi: 10.1186/s12884-015-0475-6.
- Hartmann, K., Viswanathan, M., Palmieri, R., Gartlehner, G., Thorp, J. y Lohr, K.N. (2005). Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. *The Journal of the American Medical Association*, 293(17), 2141-2148.

- Hipp, L., Kane, L., y Van Anders, S.M. (2012). Exploring women's postpartum sexuality: Social, psychological, relational, and birth-related contextual factors. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(9), 2330-2341.
- Khajehei, M., Ziyadlou, S., Safari, R.M., Tabatabaee, H.R. y Kashefi, F. (2009). A comparison of sexual outcomes in primiparous women experiencing vaginal and caesarean births. *Indian Journal of Community Medicine*, 34(2), 126-130.
- Lagarde, M. (1997). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas y locas* (3ª ed.). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Lawoyin, T.O. y Larsen, U. (2002). Male sexual behavior during wife's pregnancy and postpartum abstinence period in Oyo State, Nigeria. *Journal of Biosocial Science*, January, 34(1), 51-63.
- Mbekenga, C.K., Pembe, A.B., Darj, E., Christensson, K. y Olsson, P. (2013). Prolonged sexual abstinence after childbirth: gendered norms and perceived family health risks. Focus group discussions in a Tanzanian suburb. *BMC International Health and Human Rights*, 13(4), 1-11.
- Mitsunaga, T., Powell, A., Heard, N. y Larsen, U. (2005). Extramarital sex among Nigerian men: polygyny and other risk factors. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 39(4), 478-488.
- Mourichon, L. (s/f). *Sexualité après accouchement*. Disponible en línea: [http://www.heyreelectronique.com/perineologie/publications/publication\\_id100.pdf](http://www.heyreelectronique.com/perineologie/publications/publication_id100.pdf) (Consultado el 18 de junio de 2015).
- Rapley, T. (2004). Interviews. En C. Seale, G. Gobo, J. F. Gubrium y D. Silverman (Eds.): *Qualitative research practice*. London: SAGE.
- Rubin, G. (1986). El tráfico de mujeres: notas sobre la "economía política" del sexo. *Nueva Antropología*, noviembre, 8(30), 95-145.
- Sapién L., J.S. (2006). *Prácticas y representaciones sobre sexualidad y reproducción de varones en psicoprofilaxis perinatal*. Tesis de Doctorado. México: Escuela Nacional de Antropología e Historia.
- Sapién L., J.S. y Córdoba B., D.I. (2011). *Diferencias sexuales entre hombres y mujeres*. México: UNAM.
- Sapién L., J.S., Salguero V., A. y Córdoba B., D.I. (2011). Dificultades sexuales vividas por los varones durante el embarazo. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(3), 129-155.
- Steinfeldt, J.A., Foltz, B.D., Mungro, J., Speight, Q.L., Wong, Y.J. y Blumberg, J. (2011). Masculinity socialization in sports: influence of college football coaches. *Psychology of Men & Masculinity*, 12(3), 247-259.
- Still, H. (1986). Sexuality during and after pregnancy. *Canadian Family Physician*, 32, 2177-2179.
- Taylor, S.J. y Bogdan, R. (1996). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación* (3ª reimp.). Barcelona: Paidós.
- Trutnovsky, G., Hass, J., Lang, U. y Petru, E. (2006). Women's perception of sexuality during pregnancy and after birth. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology*, 46, 282-287.
- Van Anders, S.M., Hipp, L.E. y Low, L.K. (2013). Exploring co-parent experiences of sexuality in the first 3 months after birth. *Journal of Sexual Medicine*, 10, 1988-1999.
- Vargas R., M.R., Córdoba B., D.I. y Sapién L., J.S. (2007). Impacto psicológico del aborto inducido en mujeres jóvenes. *Psicología y Ciencia Social*, 9(1), 5-18.
- Von Sydow, K. (1999). Sexuality during pregnancy and after childbirth: A metacontent analysis of 59 studies. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(1), 27-49.
- Williamson, M., Mcveigh, C. y Baafi, M. (2008). An Australian perspective of fatherhood and sexuality. *Midwifery*, 24, 99-107.

# Prevalencia del síndrome de sobrecarga y sintomatología ansiosa depresiva en el cuidador del adulto mayor

## *Prevalence of burden syndrome, anxious and depressive symptoms in caregivers of the elderly*

*Elvira Cabada Ramos y Víctor Alberto Martínez Castillo<sup>1</sup>*

### RESUMEN

El síndrome del cuidador aparece en aquellas personas que se desempeñan como encargados principales de personas dependientes y se caracteriza por agotamiento físico y mental. El presente estudio tuvo como finalidad identificar la prevalencia del síndrome de sobrecarga y la sintomatología ansiosa depresiva en los cuidadores del adulto mayor mediante la aplicación de la Escala de Sobrecarga de Zarit y las Escalas de Depresión y de Ansiedad de Beck. Los resultados muestran que 52% de los cuidadores mostraba el síndrome del cuidador, 36% depresión y 98% ansiedad. Los autores concluyen que es necesario proporcionar a los cuidadores las herramientas necesarias para un mejor manejo de los pacientes, lo que repercutirá en su salud mental y física al apreciar que sus intervenciones son adecuadas, y promoverá su participación en los grupos de apoyo.

**Palabras claves:** Sobrecarga; Cuidador; Ansiedad; Depresión; Paciente.

### ABSTRACT

*The burden caregiver syndrome appears in primary caregivers of a dependent person, and is characterized by physical and mental exhaustion. The present study aimed to identify the prevalence of the burden syndrome and depressive and anxious symptoms in caregivers of the elderly as measured by Zarit Scale of Overload and Beck's Depression and Anxiety Inventories. Results show that 52% of caregivers suffered of the caregiver burden syndrome, 36% showed depressive symptoms, and 98% anxiety. The authors conclude that it is necessary to provide caregivers with the tools for a better management of their patients. This should improve their mental and physical health and foster a feeling that their interventions are appropriate which, in turn, may also promote their participation in support groups.*

**Key words:** Overload; Caregivers; Anxiety; Depression; Chronic patient.

## INTRODUCCIÓN

**E**l cuidador es la persona que se hace cargo de proveer atención y asistencia a un enfermo, y el cuidador primario o principal es aquel que guarda una relación directa con el paciente, pudiendo ser el cónyuge, los hijos, los hermanos o los padres (Torres et al., 2006).

El cuidado y atención de un paciente es un proceso dinámico que requerirá incrementar paulatinamente las atenciones y tareas debido a la duración de la enfermedad, que en más de 70% de los casos se trata de un proceso superior a los seis años. Asimismo, la pérdida progresiva de la capacidad física y cognitiva del paciente deriva en una dependencia total o parcial que requiere de los cuidados de personas cercanas en su entorno familiar (García, Otero y Plata, 2007).

<sup>1</sup> Servicio de Psicología, Clínica Hospital ISSSTE, Av. Las Gardenias s/n, Col. El Espinal, 94301 Orizaba, Ver., México, correo electrónico: elviracabada@hotmail.com. Artículo recibido el 5 de enero y aceptado el 13 de abril de 2016.

Los cuidadores de pacientes dependientes están sometidos a circunstancias estresantes que los pueden conducir al agotamiento. Tal sobrecarga sentida por los cuidadores repercute negativamente en su salud; de hecho, se ha descrito un incremento de la ansiedad y la depresión, así como una mayor vulnerabilidad y mortalidad cuando se trata de cuidadores de edad avanzada; también tiene un efecto directo en la persona a la que se cuida, y se relaciona con mayores tasas de institucionalización del paciente, con su deterioro funcional y con una mayor mortalidad (Moreno et al., 2008).

El síndrome de sobrecarga del cuidador se caracteriza por el agotamiento físico y psíquico ya que la persona tiene que afrontar súbitamente una situación nueva para la que no está preparada y que consume todo su tiempo y energía, por lo que pierde su independencia, desatiende sus tareas y abandona su proyecto de vida, lo que se traduce en importantes cambios en las relaciones familiares, sociales y laborales, e incluso en la situación económica.

La persona que funge como cuidador de un familiar con dependencia severa debe enfrentar momentos críticos relacionados con el estrés que se deriva del cuidado, lo que acarrea su agotamiento por la frecuente falta de apoyo de otros miembros de la familia, quienes en muchas ocasiones actúan como jueces y afectan con ello los vínculos afectivos (Flores, Rivas y Segel, 2012).

La función de cuidar se constituye en una situación estresante que puede desbordar y agotar los recursos personales y repercutir en la salud física y el estado de ánimo del cuidador, así como modificar los umbrales de percepción del sufrimiento y el dolor del enfermo bajo su cuidado (Dueñas et al., 2006).

La sobrecarga puede describirse como *objetiva* en cuanto que incluye todas aquellas actividades que el cuidador y su familia hacen para ayudar, supervisar y controlar todo lo referente al enfermo del que se hacen cargo, lo que implica graves alteraciones en la rutina y las relaciones interpersonales y familiares, así como restricciones en las actividades laborales y de ocio en la vida diaria. A su vez, la sobrecarga *subjetiva* se define como las actitudes y reacciones que se experimentan ante la función de cuidar (Biegel, Sales y Schulz, 1991).

Los pacientes con enfermedades crónicas degenerativas dependen parcial o totalmente de las personas que se hacen cargo de ellos, lo que conduce a sus cuidadores al mencionado desgaste o sobrecarga emocional, física y espiritual que se manifiesta asimismo en el cambio de actitud, irritabilidad, fatiga, ansiedad y depresión, y también pueden sentirse culpables cuando emplean un tiempo para sí mismos y no para su familiar enfermo.

La depresión es una de las enfermedades que suelen estar asociadas al síndrome de sobrecarga, constituyendo un cuadro complejo que incluye síntomas anímicos tales como la tristeza y ansiedad, que están presentes en la mayoría de los casos, así como sintomatología motivacional, como anhedonia, pérdida de la autoestima, pesimismo, pensamientos reiterados de muerte, dificultades para mantener la atención, alteraciones en los patrones del sueño o disminución del apetito, los que provocan un deterioro funcional en el individuo.

También se observa en los cuidadores una sintomatología ansiosa caracterizada por preocupación excesiva y una serie de síntomas somáticos, tales como irritabilidad, inquietud, impaciencia, tensión muscular, taquicardia, opresión precordial, disnea, náusea, sudoración, sofocamiento, parestesias y temblores (Hidalgo y Santos, 2005).

El programa de Atención Domiciliaria al Enfermo Crónico Degenerativo (ADEC), puesto en práctica en la Clínica Hospital ISSSTE de la ciudad de Orizaba (México), tiene como objetivo brindar servicios médicos en su domicilio a pacientes que, debido a las características y naturaleza del padecimiento, así como por sus complicaciones, les es difícil trasladarse a la unidad médica para recibir los tratamientos que sirvan para mejorar su condición de vida; tales servicios son otorgados en el núcleo familiar por personal especializado multidisciplinario, y su seguimiento queda a cargo del cuidador principal (Hernández y Lara, 2000).

En consecuencia, el objetivo del presente estudio fue identificar la prevalencia del síndrome de sobrecarga y de la sintomatología ansiosa y depresiva en una muestra no probabilística, por conveniencia, de cuidadores de adultos mayores.

## MÉTODO

### Participantes

Participaron 56 cuidadores principales o primarios, a los que se aplicaron los instrumentos que se detallan abajo. Dicha muestra correspondió a 60% de los pacientes inscritos en el referido programa.

### Instrumentos

#### *Escala de Sobrecarga de Zarit.*

Este instrumento, elaborado por Zarit, Reever y Bach-Peterson (1980), consta de 22 reactivos que se evalúan de acuerdo a una escala de Likert que va de 0 (nunca) a 4 (siempre). El punto de corte es a partir de 46 puntos, donde no hay sobrecarga; de 47-55 hay sobrecarga leve, y más de 56 puntos implican una sobrecarga intensa. Este instrumento evalúa las repercusiones negativas de prestar cuidados a un enfermo en determinadas áreas de la vida, como la salud física y psíquica, las actividades sociales y los recursos económicos (cf. Alpuche, Ramos, Rojas y Figueroa, 2008).

#### *Inventario de Depresión de Beck.*

Está formado de 21 reactivos en los que se manejan cuatro valores: el 0 es indicativo de la ausencia del síntoma y el 3 el de mayor incidencia. Evalúa síntomas clínicos de melancolía y pensamientos intrusivos, ideación suicida, alteraciones en los patrones de sueño, alimentación, interés por el medio y deseo sexual. Los puntos de corte son los siguientes: no depresión, 0-9 puntos; depresión leve, 10-18 puntos; depresión moderada, 19-29 puntos; depresión grave, más de 30 puntos (Acosta y Gardía, 2007; Beck, War, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961; García et al., 2008; Jurado et al., 1998).

#### *Inventario de Ansiedad de Beck.*

Es un instrumento compuesto por 21 ítems, cuyos puntos de corte establecidos son, a saber: 0-21, ansiedad muy baja; 22-35, ansiedad moderada, y más de 36, ansiedad severa. Describe síntomas de ansiedad relacionados con las manifestaciones físicas (cf. Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988; Paz, 2010; Tafuya y Peresmitré, 2006).

Adicionalmente, se aplicó un formato de entrevista estructurada, con preguntas relacionadas al

sexo, edad, escolaridad y parentesco con el enfermo; padecimientos de éste y del cuidador; estado civil, tiempo de cuidar al paciente, ocupación, número de integrantes en la familia, tipo de familia y tipos de apoyo solicitado (social, emocional, económico, temporal), participación en grupos de ayuda mutua y capacitación para el manejo del paciente.

### Procedimiento

Se visitó en su domicilio particular a los cuidadores de pacientes inscritos en el programa ADEC, de acuerdo a las citas asignadas los días martes por el médico responsable. La encuesta se aplicó de manera individual a aquellos que cumplieron con los criterios de inclusión de ser el cuidador principal, quienes firmaron un formato de consentimiento informado. La aplicación de los instrumentos a cada uno de los participantes tomó una hora y media.

Se les dieron instrucciones verbales sobre el llenado de los formatos de evaluación, los que fueron contestados de manera autoaplicada a fin de evitar sesgos en sus respuestas, dejando abierta la posibilidad de aclarar reactivos que no fueran comprendidos. Se contó con la autorización y registro del Comité de Ética en Investigación de la Clínica Hospital ISSSTE de Orizaba y del Departamento de Investigación de la Subdirección General Médica.

### Análisis estadístico

Mediante el programa SPSS, se obtuvieron porcentajes y frecuencias para las variables cualitativas, y medidas de tendencia central para las cuantitativas. Entre las herramientas de la estadística inferencial, se emplearon las prueba no paramétricas U de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis y Spearman, con un nivel de significancia de  $p < 0.05$ .

## RESULTADOS

En el Cuadro 1 se describen las características sociodemográficas de la muestra utilizada, y en el Cuadro 2 el parentesco del cuidador con el paciente.



**Cuadro 1.** Características sociodemográficas de la muestra (n = 56).

| Sexo |     | Ocupación |            | Estado civil |         | Escolaridad |      |       |      |
|------|-----|-----------|------------|--------------|---------|-------------|------|-------|------|
| M    | F   | Hogar     | Asalariado | Casado       | Soltero | Prim.       | Sec. | Prep. | Lic. |
| 20%  | 80% | 61%       | 39%        | 46%          | 54%     | 13%         | 18%  | 30%   | 39%  |

**Cuadro 2.** Parentesco (n = 56).

| Hijo | Esposa | Nieto | Otros<br>(Tíos, nueras, etc.) |
|------|--------|-------|-------------------------------|
| 66%  | 8%     | 13%   | 13%                           |

La muestra tuvo una media de edad de 45.9 + 14.5 años y el grupo familiar estuvo compuesto en promedio por 4 + 2 personas. La totalidad correspondió a familias extensas.

La media de tiempo de fungir como cuidador fue de 5 años, 6 meses. Los soportes requeridos por los cuidadores fueron los siguientes: económico, 30%; emocional, 27%, y temporal, 25%. De ellos, 18% dijo no quererlo.

De los cuidadores, 36% informó padecer diabetes mellitus II e hipertensión arterial sistémica. Respecto a los pacientes de los que se hacían cargo, idéntica proporción había sido diagnosticada con insuficiencia renal crónica en proceso de diálisis peritoneal ambulatoria, 36% con secuelas de accidente vascular cerebral asociado con síndrome de inmovilidad, 20% con diabetes mellitus II y 8% con artritis e hipertensión arterial sistémica.

Ninguno de los cuidadores había acudido a algún grupo de ayuda, si bien la totalidad de los cuidadores de pacientes dializados había recibido capacitación para su manejo.

De las cuidadoras mujeres, 49% eran solteras, con una edad media de 48.47 años, en un rango de edad de 20 a 86 años. De ellas, 36% informó encontrarse en tratamiento médico por padecimientos físicos, de las cuales 25% lo recibía por diabetes mellitus II. El 38% tenía escolaridad de licenciatura, 52% estaban dedicadas a las labores del hogar, con un promedio de tiempo de desempeñar el papel de cuidadoras de seis años.

En cuanto a los cuidadores varones, dijeron tener una edad media de 35.45 años en un rango de 18 a 62 años, de los cuales 98% estaban dedicados exclusivamente a las labores del hogar. Ninguno reportó padecer algún tipo de enfermedad física o mental que se encontrara bajo control médico. De ellos, 54% tenía escolaridad de bachillerato y 64% eran solteros, con un promedio de tiempo de

cinco años y diez meses de haberse hecho cargo del paciente.

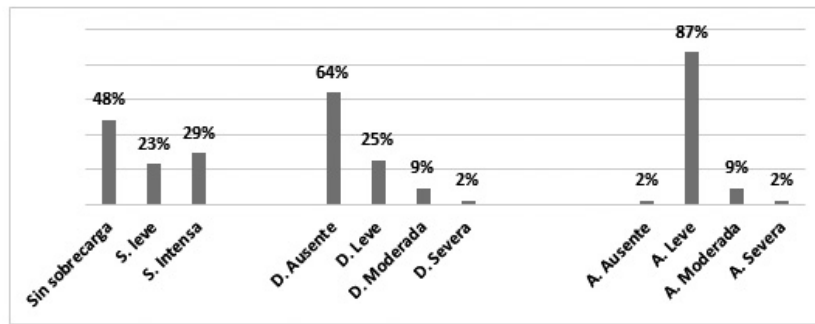
De acuerdo a la Escala de Sobrecarga de Zarit, 52% de los cuidadores estudiados manifestaba síndrome de sobrecarga de leve a intensa, de acuerdo a su evaluación subjetiva, con un puntaje promedio de 49.20 + 15.09. El reactivo de esta escala que obtuvo mayor porcentaje de respuesta (62%) es el referente a que el cuidador ha resentido la extrema dependencia del enfermo para que le solucione una gran parte de las actividades de la vida diaria. El 60% de los cuidadores principales de los pacientes que cursaban con insuficiencia renal crónica y 50% de los que sufrían diabetes mellitus exhibieron sintomatología de sobrecarga de leve a intensa, al igual que 64% de las mujeres solteras, 56% de las casadas, 25% de los hombres solteros y 56% de los casados.

En cuanto a los inventarios de Beck, 36% del total de la muestra reportó síntomas depresivos de tipo leve a severo, con un puntaje promedio de 9 + 6.

El síntoma más significativo en el Inventario de Depresión de Beck, en 61% de los casos, fue el referente a problemas para conciliar y mantener una buena calidad y cantidad de sueño por frecuentes despertares.

Los cuidadores de pacientes diagnosticados con hipertensión arterial sistémica presentaron, en 75% de los casos, una sintomatología depresiva de leve a moderada, al igual que 57% de las mujeres casadas, 27% de las solteras y 13% de los hombres solteros.

Relacionado con la sintomatología ansiosa, según los datos obtenidos mediante el Inventario de Ansiedad de Beck, 98% la presentó de leve a grave, con un puntaje medio de 11.84 + 9.5 (Figura 1).

**Figura 1.** Resultados generales de la muestra en la Escala de Sobrecarga de Zarit y los Inventarios de Depresión y de Ansiedad de Beck.

La respuesta más significativa, en 70% de los casos, fue la referente a estar nervioso y tenso la mayor parte del día. Las mujeres casadas reportaron sintomatología ansiosa en 92%; las solteras, en 91%; en cuanto a los hombres, 87% de los solteros la manifestaron.

En las pruebas de comparación hubo diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en lo que respecta al síndrome de sobrecarga del cuidador, siendo mayor en los primeros (64%) que en las segundas (49%).

En lo que respecta a sintomatología depresiva y ansiosa, no hubo diferencias estadísticamente significativas en las pruebas de comparación por sexo, ocupación, parentesco, estado civil y grupo de edad (Cuadro 3).

**Cuadro 3.** Pruebas de comparación de variables.

| Variables                    | Pruebas de comparación (valor de p) |                             |                           |
|------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|---------------------------|
|                              | Síndrome del cuidador de Zarit      | Síntomas depresivos de Beck | Síntomas ansiosos de Beck |
| Sexo                         | 0.019                               | 0.674                       | 0.336                     |
| Grupo de edad (18-49, 50-86) | 0.405                               | 0.306                       | 0.752                     |
| Ocupación                    | 0.526                               | 0.526                       | 0.974                     |
| Parentesco                   | 0.287                               | 0.425                       | 0.416                     |
| Edo. civil                   | 0.814                               | 0.737                       | 0.243                     |

No se halló una correlación lineal (.079), entre el síndrome de sobrecarga y la sintomatología depresiva, con un nivel de significancia de 0.519, ni tampoco entre el síndrome de sobrecarga y la ansiedad (0.002), con un nivel de significancia de 0.991.

## DISCUSIÓN

En un trabajo anterior realizado por Paz (2010) en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía de México (INNN) —escenario en el cual se llevó a cabo el presente estudio en cuidadores de pacientes de consulta externa, tomándose en cuenta variables sociodemográficas y de desgaste del cuidador—, se halló que casi todos los cuidadores pertenecían al sistema informal y sin capacitación, siendo mujeres la gran mayoría, con una edad media de  $47.7 \pm 15.1$  años, los más de ellos dedicados al hogar y cuidando a un familiar cercano; casi la mitad de los mismos sufría algún padecimiento, y en cerca de las dos terceras partes dicho padecimiento fue posterior al inicio de la mencionada tarea.

En el presente estudio los datos sociodemográficos coincidieron con los descritos en el INNN, ya que predominaron las mujeres como cuidadoras principales de familiares cercanos, de las cuales solamente una tercera parte estaba capacitada para manejar al paciente, de acuerdo a los datos de la entrevista estructurada. Los cuidadores evaluados mostraron desgaste y una sintomatología ansiosa y depresiva significativa. En el grupo analizado, nadie reportó haber adquirido enfermedad alguna durante el tiempo de fungir como cuidador; de hecho, todos los padecimientos aparecieron antes de ello, siendo las mujeres las que tuvieron una mayor prevalencia.

Este estudio incluyó a cuidadores de pacientes con diversidad de padecimientos, aunque con diagnósticos de enfermedades de tipo neurológico únicamente 18%; de estos casos, 60% sufría sobrecarga significativa. Los cuidadores de personas con insuficiencia renal crónica, que corresponden

a 36% de la muestra, fueron los que mayor desgaste presentaron en virtud del tipo de tratamiento del paciente.

En otro estudio realizado en España (Roca, 2003), utilizando para evaluar las escalas de Zarit y Beck, en el cual se compararon dos cuidadores: uno que asistía a un grupo de ayuda mutua y otro que no lo hacía, se halló un menor grado de depresión, ansiedad y desgaste en el que recibió apoyo y asistió al grupo de ayuda. En el presente estudio ninguno de los participantes había tenido la oportunidad de ser parte de algún grupo por no existir en su entorno. Un dato relevante hallado aquí es la necesidad que plantearon los cuidadores de tener apoyo económico, emocional y temporal por parte de otros miembros de la familia ya que, al formar parte de un grupo extenso, no los recibían.

En un estudio llevado a cabo en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán" de la Ciudad de México por Alfaro et al. (2008), se encontraron correlaciones positivas entre los mismos instrumentos empleados aquí. Sin embargo, en el presente no hubo correlación alguna; únicamente se hallaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al síndrome de sobrecarga entre hombres y mujeres. Alfaro et al. (2008) informaron una mayor sobrecarga en los cuidadores de pacientes terminales que en los de pacientes con dolor crónico. En el presente estudio se encontraron resultados similares en pacientes con mal pronóstico en el desarrollo de su padecimiento, como es el caso de los pacientes renales.

En otro estudio llevado a cabo en Colombia por Ocampo et al. (2007), se encontró que el promedio de edad de los cuidadores fue de 49.4 años, siendo mujeres casi todos ellos. Más de la mitad (54.2% de la muestra) sufría sobrecarga, 40% sobrecarga leve, y el resto sobrecarga intensa. En la presente investigación, 80% eran cuidadoras del sexo femenino, y la muestra presentó una mayor prevalencia de sobrecarga intensa en 29% de los casos.

En una investigación efectuada en Cuba por Pérez, Díaz, Herrera y Silveira (2001), 63.1% de los cuidadores estudiados reportaron ansiedad y 77.6% depresión; en el caso presente, la prevalencia de sintomatología depresiva de leve a moderada fue de 36%, menor a la padecida por los cuidadores cubanos, y 98% sufría ansiedad, mayor a la informada en el citado estudio.

La muestra estudiada aquí se incluye en el grupo de cuidadores informales, familiares en su totalidad, tal como se reporta en la literatura, ya que asumen las principales tareas de atención del enfermo y son percibidos por otros miembros del grupo como los únicos responsables, sin que obtengan remuneración alguna por su tarea.

Nuestro estudio sugiere que la sintomatología depresiva que tiene como componente la irritabilidad, misma que estuvo presente en más de la mitad de los casos, puede ser un detonante para comportarse de forma agresiva con los pacientes y derivar después en maltrato hacia ellos.

Existe la necesidad de crear grupos de apoyo en el que los cuidadores puedan compartir sus experiencias con personas en condiciones similares, de que profesionales de la salud los orienten mediante grupos psicoeducativos y multidisciplinarios, y de reforzar o crear redes de apoyo entre vecinos y familiares que permitan al cuidador principal delegar por momentos su responsabilidad y recibir dicho apoyo.

Debido al envejecimiento de la población y al incremento de las enfermedades crónico-degenerativas en nuestro entorno, lo que lleva a las personas a tener una vida con importantes deterioros en su salud, se debe prever que habrá una necesidad creciente de contar con cuidadores que tengan los conocimientos indispensables para desempeñarse de manera óptima, sin detrimento de su salud y en beneficio de las personas de que se hacen cargo.

## REFERENCIAS

- Acosta, Ch.O. y Gardía, F.R. (200). Ansiedad y depresión en adultos mayores. *Psicología y Salud*, 17(2), 291-300.
- Alfaro R., C.O., Morales V., T., Vázquez P., F., Sánchez R., S., Ramos R., B. y Guevara L., U. (2008). Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 46(5), 485-494.

- Alpuche R., V., Ramos R., B., Rojas R., R. y Figueroa L., C. (2008). Validez de la Entrevista de Carga de Zarit en una muestra de cuidadores primarios informales. *Psicología y Salud*, 18(2), 237-2457.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Biegel, D.E., Sales, E. y Schulz, R. (1991). *Family caregiving in chronic illness*. Newbury Park, CA: Sage.
- Dueñas M., D.I., Martínez A., M., Morales, B., Muñoz, C., Viafara A., S. y Herrera J., A. (2006). Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. *Colombia Médica*, 37(2) (Supl. 1), 31-48.
- Flores, E., Rivas, E. y Seguel, F. (2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y Enfermería*, 18(1), 29-41.
- García G., A., Otero V., Y. y Plata M., E. (2007). Depresión y bournout de cuidadores primarios de pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC). *Memorias del 1er. Congreso Interdisciplinario de Investigación Aplicada, "Desarrollo e innovación en la red de Universidades"*. México, D.F., 26 y 27 de abril.
- García P., M., Bacaran M., T. et al. (2008). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. México: ARS Médica.
- Hernández, M.J. y Lara, A. (2000). *Manual del Programa de Atención Primaria del Enfermo Crónico (ADEC)*. Orizaba (México): Clínica-Hospital ISSSTE.
- Hidalgo R., I. y Santos G., L. (2005). *Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales en atención primaria*. México: ARS Médica.
- Jurado C., S., Villegas M., E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), 26-31.
- Moreno G., L., Bernabeu W., M., Álvarez, T.M., Rincón G., M., Bohórquez C., P. y Cassani G., M. (2008). Sobrecarga sentida por la figura del cuidador principal en una cohorte de pacientes pluripatológicos. *Atención Primaria*, 40(04), 193-198.
- Ocampo J., M., Herrera J., A., Torres, P., Rodríguez J., A., Lobo, L. y García C., A. (2007). Sobrecarga asociada con el cuidado de ancianos dependientes. *Colombia Médica*, 38(1), 40-46.
- Paz R., F. (2010). Predictores de ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes neurológicos. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 19(1-2). Disponible en línea: [http://www.medicosecuador.com/revuecuatneurol/vol19\\_n1-2\\_2010/articulos\\_originales/predictores-de-ansiedad.htm](http://www.medicosecuador.com/revuecuatneurol/vol19_n1-2_2010/articulos_originales/predictores-de-ansiedad.htm).
- Pérez L., L., Díaz D., M., Herrera C., E. y Silveira H., P. (2001). Síndrome del cuidador en una población atendida por un equipo multidisciplinario de atención geriátrica. *Revista Cubana de Enfermería*, 17(2), 107-111.
- Roca M., M. (2003). ¿Quién cuida al cuidador? *Informaciones Psiquiátricas* (2º trimestre), 172. Disponible en línea: [http://www.revistahospitalarias.org/info\\_2003/02\\_172\\_14.htm](http://www.revistahospitalarias.org/info_2003/02_172_14.htm).
- Tafoya R., S. y Peresmitré, G. (2006). Inventario de Ansiedad, validez y confiabilidad en estudiantes que solicitan atención psiquiátrica en la UNAM. *Psiquis*, 5(3), 82-87.
- Torres F., I., Beltrán G., F.J., Martínez P., G., Zaldívar G., A., Quesada C., J. y Cruz T., J. (2006). Cuidar a un enfermo, ¿pesa? *La Ciencia y el Hombre*, 29(2), 47-50.
- Zarit, S.H., Reever, K.E. y Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20, 649-654.





# Rasgos de personalidad y síntomas depresivos en madres de niños con discapacidad

## *Personality traits and depressive symptoms in mothers of children with disability*

*Blanca Rosa Sánchez Ramírez, Gloria Georgina Cerda de la Torre  
y Amelia Castellanos Valencia<sup>1</sup>*

### RESUMEN

Algunos rasgos de personalidad de madres de hijos con discapacidad se asocian a síntomas depresivos. El objetivo del presente trabajo fue determinar, mediante un diseño transversal, la relación de los rasgos de personalidad, factores sociodemográficos y severidad de la discapacidad del hijo con los síntomas depresivos de sus madres. Participaron 63 madres de pacientes con discapacidad de 1 a 18 años de edad del Centro de Rehabilitación Infantil Teletón Occidente (México). Se evaluaron dichos síntomas individualmente mediante el Inventario de Depresión de Beck y el Perfil-inventario de la Personalidad de Gordon. La independencia funcional del hijo fue evaluada con WeeFim. Se realizó un análisis de regresión lineal de los síntomas depresivos y los rasgos de personalidad, la independencia funcional del hijo y los factores sociodemográficos. La edad promedio de las participantes fue de 31.4 años, 35% de las cuales tenía un hijo con parálisis cerebral, y 65% un hijo con lesión medular. El 76% presentó síntomas depresivos. La puntuación percentilar de los rasgos de personalidad fue baja, especialmente la autoestima, la ascendencia y la responsabilidad. El promedio de los síntomas tuvo una correlación negativa con algunos rasgos maternos, como autoestima, sociabilidad, responsabilidad, estabilidad emocional y originalidad, y una positiva con cautela. Los autores concluyen que algunos rasgos de personalidad de las madres pueden contribuir a la discapacidad del hijo, y asimismo a la aparición de síntomas depresivos, los que se deben tomar en cuenta en el tratamiento.

**Palabras clave:** Síntomas depresivos; Lesión medular; Madres; Parálisis cerebral; Rasgos de personalidad.

### ABSTRACT

*Personality traits of mothers of children with disability tend to associate with depressive symptoms. Objective: To determine the relation between personality traits, social and demographic factors, the severity of children's disability and depressive symptoms among mothers of children with disability. Design: transversal. Method: After signing an informed consent form, 63 mothers mean aged 31.4 (19-56) whose children 35% had cerebral palsy, and 65% had spinal cord injury / SCI. Children from the "Teletón Children's Rehabilitation Centre" (Centro de Rehabilitación Infantil Teletón Occidente México, CRIT) aged 1 to 18, were individually tested for depressive symptoms through Beck's (BDI) and Gordon's personality traits. An additional scale (WeeFim) was used to evaluate their functional independence. Multiple linear regression analyses with depression level as the dependent variable were conducted to explore the relation of personality traits and sociodemographic factors as independent variables. Results: 76% of mothers presented symptoms of depression (>13 points). Percentile score of personality traits was low, especially self-esteem 10 points, ascendancy 17 points, responsibility 19 points. Average depression*

---

<sup>1</sup> Centro de Rehabilitación Infantil Teletón de Occidente, Copal 4575, Frac. Arboledas del Sur, 44980 Guadalajara, Jal., México, tel. (33)31-34-25-26, ext. 2638, correos electrónicos: blankarosa@live.com.mx, gcerda@teleton-occ.org.mx y acastellanos@teleton-occ.org.mx. Artículo recibido el 4 de septiembre de 2014 y aceptado el 6 de marzo de 2015.

in the Beck scale was  $20 \pm 9.5$  (0-44 points) and yielded negative correlations with such personality traits of mothers, like self-esteem, sociability, responsibility, emotional stability and originality. Being cautious correlated positively ( $p < .05$ ). Final analyses showed an increase in the SD of .0398 points derived from a decrease in self-esteem, 0.271 points for lower functional independence of the children and 0.234 points for each member of the family. Conclusion: Certain personality traits may contribute to depressive symptoms in mothers of children with disability and should be taken into consideration for their treatment.

**Key words:** Depression; Spinal cord injury; Mothers; Cerebral palsy; Personality traits.

El nacimiento de un hijo con discapacidad es un acontecimiento que impacta a los integrantes de la familia, especialmente a la madre al ser el cuidador primario, quien manifiesta una sensación constante y persistente de tristeza que la afecta directamente en su desempeño en las áreas laboral, social y emocional (George y Floyd, 2006).

La severidad del daño neurológico permanente del hijo, la dependencia funcional en actividades vitales y las múltiples complicaciones orgánicas de patologías como la parálisis cerebral (PC) (Bax, 2008) y la lesión medular (LM) (Sánchez y Castellanos, 2012) favorece la presencia de síntomas depresivos (SD en lo sucesivo) en sus madres. Ambas condiciones se convierten en estresores que, en combinación con los rasgos de personalidad (RP), generan reacciones emocionales negativas (Caspi et al., 2003) moduladas por el sistema serotoninérgico y reguladas por el gen 5-HTT (Hariri, et al., 2002).

La adecuada respuesta ante la llegada de un hijo con discapacidad es controlada y regida por la personalidad, que resulta de una historia única de transacciones entre los factores biológicos y contextuales de las madres, lo que garantiza su salud física y mental (Millon y David, 1998).

Aplicando la teoría de Millon, a las madres con RP desadaptativos —como el neuroticismo, la introversión y la dependencia interpersonal— se han asociado psicopatologías tales como la depresión

(Millon y David, 1998) debido a que enfrentan dificultades continuas con el hijo, en un ambiente sociodemográfico adverso y con una personalidad desadaptada, lo que tiene un efecto considerable en la severidad y recurrencia de SD (Lawenius y Veisson, 1995; Raina et al., 2005).

Al no encontrar madres con hijos con discapacidad anímicamente semejantes, se decidió investigar qué otros factores inherentes a las madres o sus contextos se correlacionaban con la depresión, de modo que se buscó determinar que RP, además de los factores sociodemográficos y los propios de la discapacidad del hijo, influyen para la ocurrencia de SD en las madres (Kronenberger y Thompson, 1992), en virtud de que la salud biopsicosocial es esencial en los programas multidisciplinarios del Centro de Rehabilitación Infantil Teletón Occidente.

Para evaluar los RP hay diferentes escalas. Gordon Allport fue el primero en desarrollar un modelo para describir y medir dichos rasgos creando un perfil e inventario, seguido por Raymond Cattell y luego por Eysenck (1967), que estableció una teoría de personalidad basada en dos grandes rasgos: *neuroticismo*, que correlaciona de manera negativa con estabilidad emocional, y *extraversión*, que correlaciona positivamente con ascendencia y sociabilidad. La autoestima es la suma de la responsabilidad, la ascendencia, la estabilidad emocional y la sociabilidad, características que fueron evaluadas por Allport (cf. Gordon, 1994; Veisson, 2001).

## MÉTODO

### Participantes

El estudio, de corte transversal y con muestreo no probabilístico, se llevó a cabo en el Centro de Rehabilitación Infantil Teletón Occidente (México), previa autorización de la Comisión de Ética en Investigación y firma de un formato de consentimiento informado por las participantes, madres de niños de 1 a 4 años de edad con parálisis cerebral infantil severa, y de niños y jóvenes de 1 a 18 años con lesión medular secundaria a mielomeningocele.

## Instrumentos

*Inventario de Depresión de Beck* (BDI-II) (Beck, Steer y Brown, 1996).

Consta de 21 reactivos que se califican de 0 a 3 según la frecuencia y severidad del síntoma. La puntuación permite clasificar cuatro grupos: 0-13, valor de corte, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada, y 29-63, depresión grave.

*Perfil e Inventario de Personalidad de Gordon* (PIPG) (Gordon, 1994).

Consta de 38 reactivos, ha sido validado y posee dos atributos principales: el desarrollo a partir del análisis factorial y el uso de la técnica de elección forzosa.

El perfil y el inventario se conforman con grupos de cuatro frases descriptivas denominados “tétradas”, con cada uno de los cuatro rasgos de personalidad: dos considerados por los individuos típicos como igualmente favorables y dos como igualmente desfavorables.

Se pidió a las madres que en cada tétrada marcaran el reactivo que más se les asemejara (+) y el que menos se les asemejara (-). En cada grupo, la escala con la selección de más obtiene dos puntos, la que tiene selección de menos no obtendrá puntos, y cada una de las otras escalas con selecciones no marcadas obtendrá un punto; así, la suma de los puntos en las escalas en un grupo siempre será de 4; si el instrumento tiene dieciocho grupos, la suma de los puntos a través de todos los grupos siempre será de 72.

El *perfil* (PPG) se compone de cinco escalas: *Ascendencia* (A), donde puntuaciones altas caracterizan a individuos verbalmente dominantes, con papeles activos en los grupos, seguros de sí mismos y en sus relaciones. Por el otro lado, puntuaciones bajas son las que obtienen individuos pasivos, que tienden a escuchar más que a hablar, que carecen de autoconfianza y no toman la iniciativa. *Responsabilidad* (R). Los individuos con altas puntuaciones son perseverantes en el trabajo asignado, tenaces y confiables. Los que obtienen bajas puntuaciones son personas poco perseverantes cuando les disgustan las tareas asignadas, inestables e irresponsables. *Estabilidad emocional* (E), donde puntuaciones altas caracterizan a individuos es-

tables emocionalmente, relativamente libres de preocupaciones, ansiedad y tensión nerviosa; las puntuaciones bajas implican a individuos con ansiedad excesiva, hipersensibles, nerviosos, con baja tolerancia a la frustración y ajuste emocional deficiente. *Sociabilidad* (S), donde puntuaciones altas describen a individuos que gustan de estar y trabajar con otras personas; puntuaciones bajas implican a sujetos que restringen sus contactos sociales o muestran una franca evitación de las relaciones sociales. La *Autoestima* (AE) resulta de la suma de las cuatro escalas anteriores y representa un conjunto de características identificadas como componentes de la autoestima desde el punto de vista clínico.

Por otra parte, el *inventario* (IPG) contiene cuatro escalas: *Cautela* (C), donde las puntuaciones altas describen a individuos muy cuidadosos en la toma de decisiones, que no dejan las cosas al azar y que no corren riesgos; las bajas caracterizan a individuos precipitados y que buscan emociones al correr riesgos. *Originalidad* (O), donde las puntuaciones altas las obtienen individuos a quienes gusta trabajar en problemas difíciles, intelectualmente curiosos, que disfrutan de las preguntas y discusiones que conducen a reflexionar y a pensar en nuevas ideas; las puntuaciones bajas describen a individuos a quienes disgusta trabajar en problemas difíciles o complicados o adquirir conocimientos; les desagradan preguntas o discusiones que obliguen a reflexionar. *Relaciones personales* (P), donde puntuaciones altas implican a individuos que tienen fe y confianza en la gente y son tolerantes, pacientes y comprensivos; las bajas ilustran a individuos faltos de confianza y fe en las personas, que tienden a criticarlas y a enojarse e irritarse por lo que hacen los demás. *Vigor* (V), donde puntuaciones altas caracterizan a individuos poseedores de vitalidad y energía, que se mueven con rapidez y que hacen más que la persona promedio; las puntuaciones bajas describen a sujetos bajos de vitalidad y energía, de ritmo lento, que se cansan fácilmente, y que en términos de rendimiento y productividad se colocan por debajo del nivel promedio.

Al efecto, se usaron normas percentilares estadounidenses de mujeres adultas, amas de casa, sin tomar en cuenta su nivel educativo ni ocupación (Gordon, 1994). La confiabilidad reportada del

BDI-II, el PPG y el IPG va de 0.82 a 0.88. En la presente muestra, el coeficiente alfa de Cronbach para la escala de depresión fue de 0.88, y para la de rasgos de personalidad de 0.75.

Además, un médico rehabilitador certificado evaluó la severidad de la discapacidad del niño con la Escala de Funcionalidad WeeFim; cada elemento se midió con una subescala ordinal de siete niveles, que van desde la independencia completa (nivel 7) hasta la ayuda total (nivel 1). La puntuación total de los 18 elementos puede ir de 18 a 126. El desempeño funcional cotidiano se evalúa a través del *Cuidado personal* (seis elementos de cuidado personal y dos de control de esfínteres), *Movilidad* (tres elementos de traslado y dos de locomoción) y *Cognición* (dos elementos de comunicación y tres de cognición social). Se calculó el coeficiente del porcentaje alcanzado con respecto al esperado para la edad. Se estratificó en cuartiles, donde la funcionalidad menor a 25% implica dependencia total de un cuidador; de 25 a 49%, ayuda máxima; de 50 a 74, ayuda moderada, y por arriba de 75%, ayuda mínima o solo supervisión.

### Análisis de datos

Se describieron las variables de interés, examinándose las diferencias entre los grupos mediante las pruebas de  $\chi^2$  y exacta de Fisher en las variables categóricas, y con ANOVA de una vía para las continuas. Las diferencias en las puntuaciones de los SD y las variables de interés en estratos se examinaron mediante una prueba de Kruskal-Wallis; estas categorías se basaron en los cuartiles 25, 50 y 75 de los datos; los valores de  $p < 0.05$  se consideraron significativos. Las diferencias en las puntuaciones de los SD se estimaron mediante un análisis de varianza para valorar el efecto de las variables respecto a las características maternas, como rasgos de personalidad, edad, escolaridad, ingreso económico en el hogar, tipo de familia e integrantes por familia, así como las características del hijo con discapacidad, como diagnóstico según la clínica que da la atención en rehabilitación, edad y severidad de la discapacidad, que se evaluó con la Escala de Funcionalidad WeeFim. Se hizo una regresión lineal simple con todas las

variables. Las variables que tuvieron significancia estadística de  $p < 0.05$  fueron probadas a través de un análisis de regresión lineal multivariada, quedando así un modelo final; en cuanto a la pertinencia de dicho modelo, se probó con una razón de F; en lo que atañe a los valores de  $p$  estimados, se consideraron probados cuando fueron significativos ( $p < 0.05$ ). Todo lo anterior se analizó empleando el programa estadístico SPSS, versión 21.

### Procedimiento

Las madres fueron evaluadas en una entrevista cara a cara por el equipo médico que hizo la historia clínica de los menores, descartándose en ellas enfermedades crónicas o terminales o algún tipo de psicopatología. Además de la entrevista, se obtuvieron los siguientes datos sociodemográficos: nivel de escolaridad materna, ingreso familiar, número de integrantes por familia y tipo de familia: nuclear cuando en el hogar se encontraba constituido por padre, madre e hijos, y extensa cuando en el hogar se convivía con otros familiares. Las madres contestaron individualmente ante el psicoterapeuta el BDI-II, y asimismo completaron de manera individual el PIPG.

### RESULTADOS

Se estudió a las madres de 22 niños con diagnóstico de PC severa y de 41 con LM. En los grupos no hubo diferencias significativas en cuanto a rasgos de personalidad ni variables sociodemográficas tales como edad de la madre, escolaridad, ingreso familiar o estructura familiar. Sin embargo, entre los niños con PC y LM sí hubo tales diferencias en términos del promedio de edad (3.5 y 5.6, respectivamente), en el porcentaje de independencia funcional WeeFim (23/66), cuidado personal (27/65), movilidad alcanzada (17/55) y cognición (26/85) ( $p < 0.05$ ) (Tabla 1).

La diferente puntuación de SD maternos se observó únicamente en las variables sociodemográficas de integrantes por familia y de diagnóstico de severidad de la discapacidad del hijo ( $p = 0.02$ ) (Tabla 2).

**Tabla 1.** Características demográficas de las madres y de sus hijos con discapacidad.

| CARACTERÍSTICAS                                  | Media ± desviación estándar |               | p*      |
|--|-----------------------------|---------------|---------|
|  | PC (n = 22)                 | LM (n = 41)   |         |
| <b>Características maternas</b>                  |                             |               |         |
| Edad en años                                     | 29.41 ± 6.6                 | 32.32 ± 8.2   | 0.159   |
| Ingreso familiar mensual en pesos <sup>2</sup>   | 4,533 ± 1,932               | 4,653 ± 1,894 | 0.812   |
| Integrantes por familia (núm. de personas)       | 6 ± 2.5                     | 5 ± 1.5       | 0.083   |
| Tipo de familia (nuclear/extensa)                | 8/14                        | 7/34          | 0.083** |
| Escolaridad en años                              | 8.4 ± 3.2                   | 9.2 ± 2.9     | 0.302   |
| <b>Características del hijo con discapacidad</b> |                             |               |         |
| Edad en años                                     | 3.5 ± 0.68                  | 5.6 ± 4       | 0.021   |
| Cuidado personal                                 | 27.3 ± 14.7                 | 65.17 ± 20    | < 0.001 |
| Movilidad  | 17.4 ± 5.1                  | 55.1 ± 28.44  | < 0.001 |
| Cognición  | 26.16 ± 11.78               | 85.33 ± 22.93 | < 0.001 |
| Total Weefim                                     | 23.73 ± 9.9                 | 66.71 ± 20.75 | < 0.001 |
| <b>Personalidad materna PB</b>                   |                             |               |         |
| Ascendencia                                      | 15.68 ± 2.1                 | 14.85 ± 2.6   | 0.209   |
| Responsabilidad                                  | 21.72 ± 3.2                 | 21.14 ± 3.4   | 0.522   |
| Estabilidad emocional                            | 18.54 ± 2.9                 | 18.63 ± 2.2   | 0.894   |
| Sociabilidad                                     | 18.5 ± 3                    | 18 ± 3.1      | 0.542   |
| Autoestima                                       | 74.45 ± 7.3                 | 72.63 ± 7.6   | 0.364   |
| Cautela  | 20.54 ± 2.2                 | 20.53 ± 3     | 0.99    |
| Originalidad                                     | 19.63 ± 2.7                 | 20 ± 3.3      | 0.663   |
| Relaciones personales                            | 20.77 ± 3.2                 | 20.9 ± 2.5    | 0.862   |
| Vigor  | 20.54 ± 2.5                 | 20.82 ± 2.8   | 0.697   |

\*Basado en una prueba de ANOVA de una sola vía

\*\*Basado en una prueba  $\chi^2$  y exacta de Fisher para diferencia de proporciones de dos muestras correlacionadas.

**Tabla 2.** Comparación de puntuación de síntomas depresivos maternos y características demográficas de madres y niños con discapacidad (N = 63).

| CARACTERÍSTICAS   | N (%)      | Puntuación de síntomas depresivos mediana/rango IQ | Sig. * |
|---|------------|--|--------|
| <b>Edad materna promedio años: 31 ± 7.8 (19 a 56)</b>                           |            |  |        |
| 19-25 años  | 16 (25.40) | 25 ± 12.5  | 0.349  |
| 26-35 años  | 29 (46.03) | 17.5 ± 14.5  |        |
| 36-56 años  | 18 (28.57) | 18.5 ± 14.8  |        |
| <b>Ingreso familiar mensual: promedio pesos: \$ 4,611 ± 1,893 (1,140-9,000)</b> |            |  |        |
| 1140-3000   | 8 (12.70)  | 21 ± 15.5  | 0.237  |
| 3001-5000   | 34 (53.97) | 19 ± 17.5  |        |
| 5001-9000   | 21 (33.33) | 18 ± 10.5  |        |
| <b>Integrantes de la familia: promedio personas ± 2 (2-12)</b>                  |            |  |        |
| 2-3 personas  | 9 (14.29)  | 19 ± 16  | 0.029  |
| 4-5 personas  | 31 (49.21) | 16.5 ± 14.8  |        |
| 6-12 personas   | 23 (35.51) | 22 ± 12.5  |        |
| <b>Tipo de familia</b>  |            |  |        |
| Extensa   | 15 (23.81) | 21 ± 11  | 0.139  |
| Nuclear   | 48 (76.19) | 18 ± 15.5  |        |

Continúa...

<sup>2</sup> A un tipo de cambio aproximado de trece pesos por dólar.



| <b>Escolaridad</b>           |            |             |       |
|------------------------------|------------|-------------|-------|
| Ninguna                      | 2 (3.17)   | 22 ±        | 0.350 |
| Primaria                     | 16 (25.40) | 22.5 ± 15.3 |       |
| Secundaria                   | 26 (41.27) | 21 ± 13     |       |
| Preparatoria                 | 15 (23.81) | 11 ± 11.3   |       |
| Licenciatura                 | 4 (6.35)   | 18 ± 17.8   |       |
| <b>Diagnóstico del menor</b> |            |             |       |
| Parálisis cerebral           | 22 (34.92) | 25 ± 11.5   | 0.026 |
| Lesión medular               | 41 (65.08) | 17 ± 12.5   |       |
| 1-4 años                     | 44 (69.84) | 20.86 ± 9.1 | 0.185 |
| 5-18 años                    | 19 (30.16) | 17.84 ± 9.9 |       |

\*Basado en una prueba de Kruskal-Wallis.

La mediana de puntuación en SD fue de 20 puntos  $\pm$  9.5 (0-44) y 76% de la muestra obtuvo más de 13 puntos, valor de corte que califica como sintomatología de depresión leve. La puntuación más alta la presentó el grupo de madres de hijos con PC ( $25 \pm 11.5$ ), comparada con LM ( $17 \pm 12.5$ )

( $p = 0.026$ ). Se observó que los síntomas afectivos marcaban la diferencia en las madres de los niños con PC; sin embargo, los síntomas cognitivos y somáticos no difirieron en su mayoría en ambos grupos (Tabla 3).

**Tabla 3.** Comparación de la presencia de síntomas depresivos en madres de los dos grupos de pacientes con discapacidad.

| SÍNTOMAS                        | Casos madres de hijos con PCI (n = 22) | Casos madres de hijos con LM (n = 41) | p*           |
|---------------------------------|--|---------------------------------------|--------------|
|                                 | n (%)                                  | n (%)                                 |              |
| <b>Depresión total</b>          | 21 (91)                                | 27 (67)                               | <b>0.033</b> |
| <b>Afectivos</b>                |  |                                       |              |
| Tristeza                        | 21 (91)                                | 27 (67)                               | <b>0.033</b> |
| Llanto                          | 22 (96)                                | 30 (75)                               | <b>0.038</b> |
| Pesimismo                       | 17 (73)                                | 17 (42)                               | <b>0.015</b> |
| Pérdida de placer               | 21 (91)                                | 27 (67)                               | <b>0.033</b> |
| Pérdida de interés              | 22 (96)                                | 24 (60)                               | <b>0.002</b> |
| <b>Cognitivos</b>               |  |                                       |              |
| Fracaso                         | 13 (56)                                | 16 (40)                               | 0.205        |
| Sentimientos de culpa           | 17 (73)                                | 28 (70)                               | 0.741        |
| Sentimientos de castigo         | 8 (35)                                 | 12 (30)                               | 0.695        |
| Disconformidad con uno mismo    | 20 (87)                                | 19 (47)                               | <b>0.002</b> |
| Desvalorización                 | 12 (52)                                | 17 (42)                               | 0.458        |
| Autocrítica                     | 20 (87)                                | 28 (70)                               | 0.128        |
| Pensamientos o ideas suicidas   | 6 (26)                                 | 12 (30)                               | 0.741        |
| Indecisión                      | 17 (73)                                | 27 (67)                               | 0.593        |
| <b>Somáticos</b>                |  |                                       |              |
| Agitación                       | 18 (78)                                | 29 (72)                               | 0.613        |
| Pérdida de energía              | 20 (87)                                | 32 (80)                               | 0.484        |
| Cambios en los hábitos de sueño | 18 (78)                                | 29 (72)                               | 0.613        |
| Irritabilidad                   | 17 (73)                                | 25 (62)                               | 0.355        |
| Cambios en el apetito           | 17 (73)                                | 31 (77)                               | 0.748        |
| Dificultad de concentración     | 22 (96)                                | 28 (70)                               | <b>0.015</b> |
| Cansancio o fatiga              | 20 (87)                                | 30 (75)                               | 0.259        |
| Pérdida de interés en el sexo   | 15 (65)                                | 25 (62)                               | 0.829        |

\* Basado en una prueba  $\chi^2$  y exacta de Fisher para diferencia de proporciones de dos muestras correlacionadas.

Al hacerse una estimación de la relación bivariada de las madres respecto a las variables en estudio, se encontró que los SD aumentaron 0.378 puntos con cada disminución de la puntuación de los RP de autoestima, así como 0.325 puntos con disminución de la sociabilidad, y 0.275 con menor responsabilidad. Mayor cautela incrementó en 0.258 la puntuación de SD ( $p < 0.05$ ). En cuanto a la independencia funcional, se apreció un incremento de 0.312 puntos de los SD por cada pérdida por-

centual en el autocuidado personal del niño, y de 0.305 puntos por la disminución de la cognición y la funcionalidad total evaluada. En cuanto a las variables sociodemográficas, hubo un incremento de 0.288 puntos en SD por cada integrante en la familia ( $p < 0.05$ ). Las demás características evaluadas no mostraron una relación lineal. Todas las variables que tuvieron significancia estadística en la regresión bivariada fueron modeladas en una regresión lineal múltiple (Tabla 4).

**Tabla 4.** Puntuación de síntomas depresivos relacionados con rasgos de personalidad y factores sociodemográficos. Resultados de la regresión lineal simple.

| FACTORES                                      | Coefficiente $\beta$ | Error estándar | IC 95%             | $p^{**}$ |
|---|----------------------|----------------|--------------------|----------|
| <b>Personalidad materna, puntuación bruta</b> |                      |                |                    |          |
| Ascendencia                                   | -0.134               | 0.483          | (-1.47, 0.45)      | 0.295    |
| Responsabilidad PB                            | -0.275               | 0.342          | (- 1.45, - 0.081)  | 0.029    |
| Estabilidad emocional                         | -0.232               | 0.471          | (- 1.75, 0.065)    | 0.067    |
| Sociabilidad                                  | -0.325               | 0.373          | (- 1.81, - 0.25)   | 0.009    |
| Cautela                                       | 0.258                | 0.423          | (0.037, 1.72)      | 0.041    |
| Originalidad                                  | -0.229               | 0.377          | (- 1.44, 0.06)     | 0.071    |
| Relaciones personales                         | 0.134                | 0.429          | (- 0.40, 1.3)      | 0.296    |
| Vitalidad                                     | -0.084               | 0.442          | (- 1.17, 0.59)     | 0.513    |
| Autoestima                                    | -0.378               | 0.149          | (- 0.77, - 0.17)   | 0.002    |
| <b>Características del niño</b>               |                      |                |                    |          |
| Edad del niño                                 | 0.134                | 0.353          | (- 1.1, 0.34)      | 0.306    |
| Diagnóstico del niño                          | 0.263                | 2.427          | (- 10.17, 0.32)    | 0.037    |
| Weefim  | -0.306               | 0.043          | (- 0.19, - 0.02)   | 0.015    |
| % Cuidado personal alcanzado                  | -0.312               | 0.045          | (- 0.20, - 0.025)  | 0.013    |
| % Movilidad alcanzada                         | -0.229               | 0.040          | (- 0.15, - 0.007)  | 0.071    |
| % Cognición alcanzada                         | -0.305               | 0.033          | (- 0.15, - 0.017)  | 0.015    |
| <b>Características de la madre</b>            |                      |                |                    |          |
| Edad de la madre                              | -0.126               | 0.154          | (- 0.002, 1.56)    | 0.326    |
| Ingreso familiar                              | -0.142               | 0.001          | (- 0.002, - 0.001) | 0.268    |
| Integrantes en la familia                     | 0.288                | 0.581          | (.20, 2.52)        | 0.022    |
| Estructura familiar                           | -0.170               | 2.775          | (- 9.28, 1.81)     | 0.183    |
| Escolaridad                                   | -0.218               | 1.265          | (- 4.74, 0.325)    | 0.086    |

\*\* Estadísticamente significativo ( $< 0.05$ ).

IC 95%: intervalo de confianza a 95%.

El modelo final mostró ser significativo ( $p \leq 0.001$ ). En él, se apreció un aumento de los SD con el mayor peso de 0.398 puntos; la disminución del RP de autoestima, que es la suma de ascendencia, responsabilidad, estabilidad emocional y sociabilidad,

y la disminución de la independencia funcional total también aumentaron los SD 0.271 puntos y, en último lugar, cada aumento de un integrante por familia los aumentó 0.234 (Tabla 5).

**Tabla 5.** Puntuación de síntomas depresivos maternos relacionados con rasgos de personalidad y factores sociodemográficos. Resultados de la regresión lineal multivariada.

|                           | <b>Coefficiente <math>\beta</math></b> | <b>Error estándar</b> | <b>IC 95%</b>    | <b><i>p</i></b> |
|---------------------------|--|-----------------------|------------------|-----------------|
| Constante                 | 55.691                                 | 10.833                | (34, 77.4)       | 0.000           |
| Autoestima                | -0.398                                 | 0.137                 | (-0.77, -0.226)  | 0.001*          |
| Weefim                    | -0.271                                 | 0.039                 | (-0.174, -0.016) | 0.019*          |
| Integrantes en la familia | 0.234                                  | 0.532                 | (.044, 2.17)     | 0.041*          |

*Nota:* La significancia del modelo final fue evaluada mediante una razón de  $F = 8.467$ , significancia  $< .001$ .

\* Estadísticamente significativo ( $< 0.05$ ).

## DISCUSIÓN

Se encontró mayor prevalencia de síntomas depresivos en madres de hijos con discapacidad (73%) en relación con la población general mexicana (9.2%) y con la del estado de Jalisco (8.2%) (Belló, Puentes, Medina-Mora y Lozano, 2005; Medina-Mora, Borges, Benjet, Lar y Berglund, 2007).

Hubo una diferencia significativa en dichos síntomas con las variables de severidad de la discapacidad y número de integrantes por familia, comparado con lo reportado en la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) (Fleiz et al., 2012), donde la edad, el estado civil y un menor nivel educativo se marcan como factores de riesgo para los mismos.

Las madres de niños con parálisis cerebral que han tenido menos tiempo para adaptarse a la discapacidad de un hijo que depende totalmente de ellas para las funciones de alimentación y cuidado, con comorbilidades de mal pronóstico, muestran con mayor frecuencia síntomas afectivos comparados con el grupo de madres de niños con lesión medular, lo que coincide con lo reportado en los estudios de Drotar, Baskiewicz e Irvin (1975) y Fonseca, Nazaré y Canavarró, (2011). Sin embargo los síntomas cognitivos de la depresión (neuropsicológicos) y somáticos son similares en ambos grupos de madres, teniendo como una posible explicación biológica la modulación de las reacciones emocionales ante las experiencias no gratas debidas a la discapacidad del hijo (Clark, Watson y Mineka, 1994; Middeldorp et al., 2011).

La personalidad de estas mujeres se caracteriza por una baja extraversión, relacionada con niveles subóptimos de sociabilidad y ascendencia,

alto neuroticismo e inestabilidad emocional y ánimo deprimido, lo que correlacionó negativamente con los síntomas depresivos de manera significativa, lo que ya han sugerido otros estudios (cf. Veisson, 1998).

Las elevadas puntuaciones en la variable de cautela exhibidas por ellas podrían reflejar un temor a equivocarse; de hecho, se ha descrito que estas personas dependen de las opiniones ajenas, no corren riesgos y evitan hacer cambios necesarios en su proceso emocional, lo que genera un aprendizaje inadecuado y dificulta el proceso de rehabilitación integral del niño y de la familia (Enns y Cox, 1997; Veisson, 2004).

El pobre soporte social para las madres cuidadoras principales del niño con discapacidad se reflejó en las familias no nucleares y en el número de integrantes por familia, que influyeron negativamente en los síntomas depresivos; un efecto contrario tiene el soporte centrado en la familia basado en los servicios otorgados por profesionales a los padres según sus necesidades, que ha demostrado ser un predictor significativo del progreso del menor (Dempsey, Keen, Pennell, Neilands y O'Reilly, 2009; Johnson y Krueger, 2005; Nuñez, 2003).

En conclusión, algunos rasgos de personalidad pueden contribuir a la discapacidad del hijo, y además a la aparición de síntomas depresivos, lo que se debe tomar en cuenta en el tratamiento de las madres debido a que su salud biopsicosocial es muy importante en el programa multidisciplinario del niño en el Centro de Rehabilitación Infantil Teletón Occidente.

Los resultados del presente estudio deben examinarse teniendo en cuenta, como principales limitaciones, la muestra no probabilística y su ta-

maño. No se cuenta con una comparación estandarizada de los rasgos de personalidad mexicana con la escala de Gordon.

## REFERENCIAS

- Bax, M.X. (2008). Terminology and classification of cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 49(3), 295-307.
- Beck, A.T., Steer, R.A. y Brown, G.K. (1996). *Beck Depression Inventory: Second edition manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Belló, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora, M. E., y Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Publica de México*, 47(1), S4-S11.
- Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T., Taylor, A., Craig, I.W., Harrington, H. y Poulton, R. (2003). Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*, 301(5631), 386-389.
- Clark, L.A., Watson, D. y Mineka, S. (1994). Temperament, personality and the mood and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 103-116.
- Dempsey, I., Keen, D., Pennell, D., Neilands, J. y O'Reilly, J. (2009). Parent stress, parenting competence and family-centered support to young children with an intellectual or developmental disability. *Research in Developmental Disabilities*, 30(3), 558-566.
- Drotar, D., Baskiewicz, A. e Irvin, N.A. (1975). The adaptation of parents to the birth of an infant with a congenital malformation: a hypothetical model. *Pediatrics*, 56(6), 710-717.
- Enns, N.W. y Cox, B.J. (1997). Personality dimensions and depression: Review and comentary. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42(3), 274-284.
- Eysenck, H.J. (1967). *The biological basis of personality*. Springfield, MA: Thomas Publisher.
- Fleiz C., B., Villatoro J., V., Medina-Mora, M.E., Moreno M., L., Gutiérrez M., L. y Oliva N., R. (2012, December). Sociodemographic and personal factors related to depressive in the Mexican population aged 12 to 65. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34(4), 395-404.
- Fonseca, A., Nazaré, B. y Canavarró, M. (2011). Patterns of parental emotional reactions after a pre- or postnatal diagnosis of a congenital anomaly. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(4), 320-333.
- George, H.S. y Floyd, F. (2006). Meta-analysis of comparative studies of depression in mothers of children with and without developmental disabilities. *American Journal Mental Retard*, 111(3), 155-169.
- Gordon, L. (1994). *Perfil-Inventario de la Personalidad*. México: El Manual Moderno.
- Hariri, A.R., Mattay, V.S., Tessitore, A., Kolachana, B., Fera, F. y Goldman, D. (2002). Serotonin transporter genetic variation and the response of the human amygdala. *Science*, 297(5580), 400-403.
- Johnson, W. y Krueger, R. (2005). Predictors of physical health: Toward an integrated model of genetic and environmental antecedents. *Journal of Gerontology*, Special Issue I, 42-52.
- Kronenberger, W.G. y Thompson, R.J. (1992). Psychological adaptation of mothers of children with spina bifida: association with dimensions of social relationships. *Journal of Pediatric Psychology*, 17, 1-14.
- Lawenius, M. y Veisson, M. (1995, 12). Personality and self-esteem in parents of disabled children: a comparison between Estonia and Sweden. *Social Behavior and Personality*, 24(2), 195-204.
- Medina-Mora, M., Borges, G., Benjet, C., Lara, C. y Berglund, P. (2007). Psychiatric disorders in Mexico: Lifetime prevalence in a nationally representative sample. *British Journal of Psychiatry*, June, 190, 521-528.
- Middeldorp, C.M., de Moor, M., Blackwood, D., Costa, P., Terracciano, A., Krueger, R. y Stephan, A. (2011). The genetic association between personality and major depression or bipolar disorder. A polygenic score analysis using genome-wide association data. *Translational Psychiatry*, October, 10(1), e50.
- Millon, T. y David, R. (1998). *Trastornos de la personalidad: Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Nuñez, B. (2003). La familia con un hijo con discapacidad: sus conflictos vinculares. *Archivo Argentino de Pediatría*, 101(2), 233-142.
- Raina, P., O'Donnell, M., Rosenbaum, P., Brehaut, J., Walter, S.D., y Russell, S. (2005). The health and well-being of caregivers of children with cerebral palsy. *Pediatrics*, 115(6), 626-636.
- Sánchez, B. y Castellanos, A. (2012). Terapia grupal a madres depresivas de niños con mielomeningocele en rehabilitación. *Revista Electrónica de Psicología*, 15(1), 3-12.

- Veisson, M. (1998). Depression symptoms and emotional states in parents of disabled and non-disabled children. *Social Behavior and Personality*, 27(1), 87-97.
- Veisson, M. (2001). Parents of disabled children: Personality traits. *Social Behavior and Personality*, January, 29(6), 581-592.
- Veisson, M. (2004). Depression symptoms and personality traits in parents of intellectually disabled and non-disabled children. En F. H. Columbus y S. P. Shohov (Eds.): *Advances in Psychology Research* (v. 32, pp. 3-40). New York: Nova Science Publishers.



# La autoeficacia como mediador entre el estrés laboral y el bienestar

## *Self-efficacy as mediator between work stress and well-being*

José Luis Calderón Mafud<sup>1</sup>, Francisco Laca Arocena<sup>1</sup>  
y Manuel Pando Moreno<sup>2</sup>

### RESUMEN

Este artículo explora teóricamente las relaciones de trabajo en México (salario y horas de trabajo semanales), con la finalidad de investigar la conexión con el estrés laboral y la autoeficacia percibida como componente importante del bienestar laboral de los individuos. Se revisaron investigaciones que muestran evidencias de que el estrés laboral podría ser originado, entre otras causas, por el deterioro de las relaciones de trabajo; este, a su vez, disminuye la creencia de eficacia que subyace al bienestar laboral de los trabajadores mexicanos. Se busca con ello desarrollar una línea de investigación en la que se explore la salud laboral como efecto de estas variables.

**Palabras clave:** Salario; Jornada laboral; Estrés; Autoeficacia; Bienestar laboral.

### ABSTRACT

*This article theoretically explores the work relations in Mexico (wage and weekly work-hours) in order to explore their relationships with work stress and self-efficacy as an important component of labor wellbeing of individuals. Previous research is reviewed showing evidence that work stress may be caused, among other factors, by the deterioration of work relations, and that work stress in turn decreases beliefs of self-efficacy underlying labor and the wellbeing of Mexican workers. It is purported that developing a line of research that link occupational health as probable effect of these variables should become a research goal in itself.*

**Key words:** Wages; Working hours; Stress; Self-efficacy; Labor well-being.

**E**n la actualidad, sobran evidencia de que el contexto sociolaboral está inmerso en una crisis que ha desencadenado numerosas consecuencias negativas para México. Sus efectos, aunados a los de la inestabilidad política y a una grave crisis social de seguridad, han sido variados y profundos en el nivel de consumo y la pérdida de capital e inversiones en diferentes estados del país.

## RELACIONES DE TRABAJO EN MÉXICO

Las relaciones de trabajo están caracterizadas en parte por el salario y la jornada laboral, y se sabe que tales aspectos influyen decisivamente en la calidad de vida de los trabajadores (Parra, 2003). Más que con el fin de identificar sus relaciones teóricas, se exploran los aspectos mencionados para contextualizar el ambiente en el que se desarrollan los trabajadores mexicanos. De acuerdo a la información publicada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS) (INEGI y

<sup>1</sup> Facultad de Psicología, Universidad de Colima, Av. Universidad 333, Col. Las Víboras, 28040 Colima, Col. México, tel. (312)3161091, correo electrónico: joseluis\_calderon@uocol.mx. Artículo recibido el 18 de abril y aceptado el 1 de julio de 2016.

<sup>2</sup> Instituto de Investigación en Salud Ocupacional, Universidad de Guadalajara, Sierra Mojada 950, Col. Independencia, 44340 Guadalajara, Jal., México, tel. (33)10-58-52-00.

STPS, 2010), 31 416,769) personas laboraron en ese año períodos semanales de 35 y hasta más de 48 horas, lo que podría considerarse tiempo completo. En relación a ello, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) (2014) apunta que los mexicanos trabajan alrededor de 2 mil horas al año, siendo uno de los siete países con más horas de labor.

Respecto al salario, de acuerdo al Informe Mundial de Salarios de la Organización Internacional del Trabajo (2014), México ocupó el lugar 58 en un ranking mundial de sueldos promedio, con 609 dólares, y tiene el salario mínimo más bajo del continente americano (Belser y Sobeck, 2012). Las relaciones de trabajo se relacionan con diversas variables; sin embargo, son el empleo, los salarios de los trabajadores y otras condiciones de trabajo los que están afectando negativamente a los trabajadores en México y son la razón de que la productividad nacional se halle estancada, lo que afecta la salud de dichos trabajadores y limita el crecimiento económico y el desarrollo de la sociedad (Mertens y Falcón, 2014).

Uno de los datos que podrían evidenciar los efectos negativos de los bajos salarios y las largas jornadas laborales es el abandono de los empleos (Griffeth y Hom, 2001). Las condiciones de precariedad laboral de muchas organizaciones en el país podrían estar relacionadas con altos niveles de incertidumbre y estrés laboral, asociados a una pobre socialización organizacional que provoca el abandono del empleo por no adaptarse el trabajador a la organización o por tener una escasa satisfacción laboral (Feldman, 1981; Louis, 1980; Pinazo, 2006).

INEGI y STPS (2010) reportan que alrededor de 28% de los trabajadores mexicanos abandona su empleo en algún momento por diferentes causas, siendo las principales la necesidad de encontrarse más satisfecho con su empleo (como ganar un mayor sueldo o tener la posibilidad de superarse en el trabajo), la necesidad de seguir estudiando y el deterioro de las condiciones laborales o el riesgo que las mismas implican. Fueron menos las razones, finalmente, que tenían que ver con conflictos laborales o con los superiores jerárquicos.

Las personas que deciden abandonar su empleo debido a las experiencias tenidas en la organización evidencian los efectos negativos del deterioro

de las relaciones de trabajo en México, lo que puede estar generando niveles elevados de un estrés laboral que no es resuelto a través de la adaptación al trabajo (Feldman, 1981; Louis, 1980; Taormina, 1994, 1997; Van Maanen y Schein, 1979).

Es sabido que las relaciones de trabajo cuya característica es la precariedad laboral constituyen el contexto actual para la mayor parte de los trabajadores mexicanos, y aunque existen muchas organizaciones preocupadas por el bienestar de los trabajadores y por sus condiciones laborales, tal precariedad está relacionada con políticas públicas y organizacionales de alta complejidad, que han estado vigentes por décadas y que son muy difíciles de cambiar en el corto plazo. Por ello, el objetivo de este artículo fue indagar las relaciones que existen entre el estrés laboral y la autoeficacia percibida, lo que podría tener un efecto en el bienestar laboral de los individuos.

## ESTRÉS LABORAL

Si bien en el estudio de esta variable se han señalado factores personales, organizacionales y económicos, las condiciones actuales para las organizaciones son de una constante incertidumbre, lo que las obliga a adaptarse a entornos más confusos, para lo cual se estudia la autoeficacia como un modulador del estrés laboral y porque se busca explicar el papel que desempeña la autorregulación ante circunstancias cambiantes y generadoras de inseguridad.

No se centra la responsabilidad de las condiciones laborales en los trabajadores, pero se admite que el estrés y el bienestar provienen de una combinación de aspectos individuales, organizacionales y económicos y estados psicológicos específicos que pueden funcionar como recursos que moderan los efectos de aquellos (Bakker y Demerouti, 2013; Laca, Ceballos y Rezola, 2014; Silla, 2015).

Los trabajadores enfrentan cotidianamente el estrés laboral, que es uno de los problemas de salud que provoca la disminución del rendimiento y que influye negativamente en el bienestar individual y familiar. Los trabajadores que sufren este problema suelen enfermar con frecuencia, tienen un bajo rendimiento en sus actividades y generalmente abandonan el empleo.

El estrés laboral está considerado como uno de los factores más importantes en la pérdida de la salud y el bienestar de las personas, lo que puede apreciarse a través de diferentes síntomas, como los trastornos del estado de ánimo (depresión, irritabilidad y desmotivación), alteraciones de la conducta (como abuso de alcohol y tranquilizantes), afectación de las relaciones sociales (aislamiento y distanciamiento afectivo) y aparición de enfermedades gastroesofágicas y cardiopatías (Stavroula, Griffiths y Cox, 2003).

En los esfuerzos por conocer mejor el fenómeno del estrés laboral, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) (1984) identificó ciertos factores psicosociales que entrañan un riesgo para la salud y que podrían estar generando o incrementando el estrés de los trabajadores, causándoles un daño psicológico; como ejemplo de lo anterior, señala algunos aspectos relacionados con el diseño de los puestos, la manera en que se organiza el trabajo, las condiciones físicas en que se lleva a cabo el mismo y, por último, las habilidades que tiene el trabajador para desarrollar su actividad con eficacia.

Schulz, Kirschbaum, Prüßner y Hellhammer (1998) han mostrado evidencias de la relación entre la sobrecarga laboral, el estrés laboral, el síndrome de *burnout* y los niveles elevados de colesterol y triglicéridos, todos ellos asociados a las cardiopatías. Otros autores (Bliese y Castro 2000; Meliá, Zornoza, Sanz, Morte y González, 1987; Peiró, Meliá y González, 1985) han estudiado ampliamente los efectos de la ambigüedad de los roles en el estrés de los trabajadores.

Asimismo, se ha encontrado que los salarios bajos o insuficientes, junto con la carencia de perspectivas de futuro en el empleo, están asociados a altos niveles de estrés laboral y al decremento de la productividad y la motivación de los individuos (Slipak, 1996; Taormina, 1994).

En ese contexto, los trabajadores mexicanos en general se desempeñan en condiciones generadoras de estrés que limitan la productividad de las organizaciones y el desempeño de su trabajo, matizando negativamente las percepciones de bienestar que poseen. Como se ha mostrado, existen investigaciones que demuestran que ciertos factores hacen a los individuos vulnerables al estrés del trabajo, no obstante lo cual también generan conductas

adaptativas que les permite enfrentar las condiciones estresantes para sentirse satisfechos con el mismo y obtener así un mayor bienestar laboral y psicológico (Viejo y González, 2013).

Por otra parte, las personas no siempre se ven afectadas por el estrés producido en las condiciones de trabajo debido a que muchos de ellos desarrollan conductas adaptativas, conocidas como *afrontamiento*, que son esfuerzos cognitivos y comportamentales que les hace posible controlar las demandas internas o reducir las externas, y que se establecen cuando experimentan eventos estresantes (Peiró y Salvador, 1993). Un estudio de Soria, Gumbau y Martínez (2005) ha mostrado que afrontar activamente los problemas que genera el estrés y recibir soporte social pueden aumentar la habilidad de las personas para modular aquel, aumentando así la cantidad de bienestar laboral que experimentan.

## BIENESTAR LABORAL

En la actualidad, las personas pasan aproximadamente la mitad de su vida adulta dedicadas al trabajo, debido a lo cual la vida laboral y la satisfacción o insatisfacción que ésta genera tiene amplia relevancia en su bienestar psicológico y laboral (Laca, Mejía y Gondra, 2006; Warr, 2003). El bienestar laboral experimentado es la resultante de un proceso en el que el empleado evalúa de manera más o menos constante el balance entre las expectativas que tenía y los logros que obtiene en el ámbito laboral, al igual que el balance entre expectativas y logros en su ámbito familiar y en otros en los que se desenvuelve (Clark, Oswald y Warr, 1996).

Ante todo, hay que decir que las últimas tendencias en la investigación de la satisfacción o bienestar laboral apuntan a que los individuos tienen unos niveles de satisfacción o bienestar subjetivo bastante estables a lo largo de su existencia. La "afectividad", en el sentido anglosajón del término como estado de ánimo positivo y negativo, tiende a ser una característica de los individuos, casi como un rasgo (Mejía, Laca y Gondra, 2009).

Una tipología de disposiciones en los individuos ampliamente utilizada en la investigación sobre el bienestar laboral es la taxonomía del temperamento afectivo: afecto positivo (AP) y afecto

negativo (AN). Reexaminando algunas investigaciones, se encontró que estos dos factores aparecen en forma consistente en ellas sobre la estructura del estado de ánimo (*mood*) (Mejía, et al., 2009; Watson y Tellegen, 1985). Aunque pueden ser afectados por los sucesos de la vida cotidiana, ambos estados afectivos tienden a mostrarse estables en un individuo a través del tiempo; podría decirse que el predominio de un estado anímico negativo o positivo, así como su relativa intensidad, son características de una persona y constituyen un rasgo de la misma que la identifica ante los demás. Aclarado que existe un estado de ánimo más o menos habitual en cada individuo y que tal estado de ánimo es más un rasgo interno que una respuesta a los estímulos del entorno, tampoco pueden ignorarse totalmente estos últimos en favorecer o dificultar la satisfacción laboral de los miembros de una organización (Watson y Walker, 1996).

El bienestar laboral, pues, se refiere a una vivencia positiva, o por el contrario negativa, que tiene una persona a partir de los niveles de satisfacción laboral que perciba. Intuitivamente, se entiende que la importancia de la satisfacción y el bienestar laboral estriba en que los trabajadores que se sienten mejor en su respectiva área también se sienten mejor consigo mismos y con sus familias, lo que favorece su desempeño laboral por la disminución de conflictos y estrés en el entorno de trabajo, resultando más productivos que aquellos que perciben o sienten un menor bienestar en su ambiente laboral.

Los resultados del bienestar han sido ampliamente estudiados en el individuo y en la organización. Desde la perspectiva organizacional, se sabe que una persona con baja productividad genera pérdidas a la organización y a los equipos de trabajo, e incluso genera gastos por la contratación de personal y el entrenamiento de nuevos candidatos. Desde la perspectiva personal, aquellos individuos que manifiestan no sentirse satisfechos y que muestran un pobre bienestar laboral son más propensos al estrés y a sus manifestaciones clínicas, como las cardiopatías, la depresión o el síndrome de *burnout* (Augusto, Berrios, López y Aguilar, 2006).

En lo laboral, el bienestar tiene una estrecha relación con lo involucradas que estén las personas con su medio y con el nivel de eficacia que

perciban tener en el mismo; es decir, una fuente de satisfacción laboral procede de los niveles de autoeficacia percibida que posean los individuos.

Se señalaba anteriormente que la autoeficacia percibida puede ser entendida como las creencias que tiene una persona en sus propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción que producirán determinados resultados (Bandura, 1997). La autoeficacia proviene principalmente de los logros en ejecuciones anteriores: mientras más conductas eficaces haya tenido un individuo en el pasado, más eficaz se sentirá para resolver una nueva situación determinada.

La autoeficacia también puede provenir de la persuasión verbal de los demás, del aprendizaje vicario y de la activación emocional, los cuales están implicados en las experiencias resultantes de la actividad laboral, pudiendo ser significativas y determinantes del comportamiento, y manifestarse asimismo en la elección de actividades en las cuales las personas se sientan más eficientes. En relación con la motivación, influye en que una persona calcule cuánto se esfuerza en una actividad, qué reacciones y patrones de pensamiento active para enfrentarse a situaciones específicas y, lo más importante, que se convierta en un constructor de su realidad y aumente su capacidad de manipular el medio laboral al establecerse retos y vencer obstáculos, lo que lo hace ser capaz de manejar mejor el estrés y la ansiedad que produce el trabajo y las condiciones particulares de la organización.

## **EFFECTOS DE LA AUTOEFICACIA EN EL BIENESTAR LABORAL**

El contexto sociolaboral actual se muestra como un ambiente en el que los individuos se enfrentan a demandas elevadas en cuanto al salario y al tiempo dedicado al trabajo. Aunque muchas variables deben tomarse en cuenta para determinar las demandas contextuales, Lazarus y Folkman (1986), al igual que Bandura (1997), afirman que cuando los individuos evalúan sus posibilidades de establecer un control sobre las situaciones que viven, también establecen el grado en el que perciben poder modificar las demandas del ambiente; de ello depende entonces su capacidad de afron-

tamiento, como el resultado de valorar las demandas laborales, por un lado, y los recursos y alternativas frente al trabajo por el otro.

La importancia de esta afirmación, tomada del modelo sociocognitivo, es que plantea que cuando las personas tienen creencias de que pueden manejar con eficacia los potenciales estresores ambientales y establecer algún control sobre ellas, muy difícilmente tendrían efectos negativos en su comportamiento y en la sensación de bienestar. De este modo, entre los miembros de una organización con niveles más elevados de autoeficacia también pueden observarse niveles más reducidos de estrés e insatisfacción, por lo que estos individuos cuentan con una mayor capacidad para hacer frente a condiciones limitantes como las que se mencionan en este trabajo (Bandura 1997; Locke y Latham, 1990).

La autoeficacia tiene amplias relaciones establecidas con otros estados psicológicos denominados “positivos” (Luthans, Youssef y Avolio, 2007), como el optimismo, la resiliencia y la esperanza, que permiten que las personas que se sienten eficaces interpreten las demandas del ambiente más como retos que como amenazas incontrolables que generan estrés (Bandura, 1997, 2001).

Los estados caracterizados por la afectividad positiva y asociados con la autoeficacia permiten modular las percepciones de los trabajadores ante las demandas del ambiente; como se ha planteado en estudios recientes (Gumbau, Soria y Silla, 2012; Cabanach, Valle, Rodríguez, Piñeiro y González, 2015), los afectos positivos funcionan como mediadores de mejores niveles de salud y, además, de una mayor sensación de bienestar.

El ambiente laboral es una situación que integra varios factores ambientales que modifican sustancialmente la vida de una persona, que cambia sus costumbres y que le exige una constante adaptación, para la cual la autoeficacia es un elemento determinante. Los miembros de la organización que se perciben capaces de enfrentar las dificultades de una nueva situación reducen la percepción de amenaza e incertidumbre, lo que disminuye su nivel de estrés laboral y las posibilidades de manifestar trastornos clínicos más graves, como la depresión o el síndrome de *burnout*. Contar con una alta eficacia percibida permite sentir que las consecuencias de los errores –y en general de las situaciones en las que se involucran– son meno-

res, y por lo tanto causa un descenso del estrés y la angustia; incluso Mossholder, Bedein y Armenakis (1982) han mostrado que un posible estresor tienen un efecto menos negativo cuando los individuos se perciben más positivamente.

La autoeficacia generalizada explica las situaciones en las que los individuos con un elevado compromiso organizacional exhiben más conductas sociales positivas, como el altruismo y la conducta ciudadana, y por supuesto una mayor satisfacción con el trabajo que realizan, en comparación con aquellos que no se perciben eficaces (Bar-Haim, 2007; Meyer y Allen, 1991). Se sabe que las personas con un alto nivel de autoeficacia están más motivadas y más interesadas en las tareas y actividades, se plantean metas más elevadas en su trabajo, participan con mayor disposición en sus labores, se involucran en tareas que implican un reto, se esfuerzan y persisten en mayor medida y durante más tiempo ante las dificultades, experimentan menos reacciones emocionales adversas o perjudiciales y obtienen un mejor rendimiento que aquellas que se juzgan como ineficaces o que dudan de sus capacidades para llevar a cabo su tarea (Bandura, 1997).

En cuanto a sus efectos mediadores, se sabe que la autoeficacia, al ser considerada como un recurso personal, 1) permite hacer frente a las demandas emocionales y generar un aumento de la motivación individual; 2) puede ser desarrollada mediante programas de formación, ya que un mayor conocimiento y más habilidades facilitan el desarrollo de recursos personales, tales como la autoeficacia, la resiliencia y el optimismo, y 3) funge como estrategia de afrontamiento frente al estrés al mejorar la capacidad de solucionar problemas y establecer relaciones sociales de apoyo, las cuales son consideradas como potenciadoras del bienestar (Bakker y Demerouti, 2013; Paris y Omar, 2013).

## CONCLUSIONES

Dadas las condiciones actuales de las relaciones de trabajo en la mayoría de los mexicanos que tienen un empleo de tiempo completo, existen dificultades para que experimenten bienestar laboral como producto de la satisfacción percibida con su situación laboral.



De manera congruente con el informe de la Organización Internacional del Trabajo (2014), al analizar el abandono del empleo en México y sus causas es posible suponer que las relaciones de trabajo (salario y horas laboradas) pueden asociarse a la baja productividad, la alta prevalencia de estrés laboral y el deterioro de la salud de los trabajadores. Asimismo, las relaciones del estrés laboral y el síndrome de *burnout* (su estado más grave) con la prevalencia de cardiopatías, al igual que los efectos de la ambigüedad de los roles al generar estados de ansiedad y estrés, pueden sugerir que tales variables se influyen entre sí.

Los efectos de la autoeficacia en la productividad y en los niveles de motivación individual tienen gran importancia en el estudio de las organizaciones actuales. Antes se ha mencionado que la sobrecarga laboral, los salarios insuficientes, el estrés laboral y el bienestar laboral son esquemas que podrían estudiarse para crear una estructura empírica en la que se identifiquen aquellas variables con funciones mediadoras que hagan posible desarrollar la autoeficacia en los trabajadores para que enfrenten con mejores resultados las condiciones estresantes de su empleo.

Tal estructura empírica podría describirse a partir de considerar que 1) las relaciones de trabajo en México generan condiciones relacionadas con elevados niveles de estrés laboral que pueden ser moduladas y atenuadas; 2) la autoeficacia pue-

de ser desarrollada en los individuos como un recurso personal que es producto de su afectividad y de las condiciones positivas de la organización, y 3) que finalmente es esta variable interna la que sirve de regulador para que los trabajadores puedan afrontar situaciones diversas y elevar su percepción de bienestar laboral.

Este modelo establece que la combinación de altas demandas laborales y baja capacidad para sentirse seguros de tener resultados positivos podría tener efectos negativos en la salud de los trabajadores. Sin embargo, cuando las demandas del trabajo se combinan con una mayor seguridad en sí mismo, es posible que el trabajador pueda emplear mejor sus habilidades, obtener mejores resultados y tener mayores posibilidades de sentirse bien.

Esta revisión se llevó a cabo para mostrar las complejas relaciones de las que depende la salud del trabajador; si podemos comprenderlas en una estructura empírica, podrían limitarse los efectos negativos de las mismas. De cualquier modo, se requieren cambios estructurales orientados a mejorar y vigilar la aplicación de la legislación y de las prácticas de gestión organizacional, haciendo que estas se orienten adonde la evidencia científica apunta: mejorar el bienestar y la salud laboral de los trabajadores para que estos gocen de altos niveles de motivación y, en consecuencia, eleven su productividad.

## REFERENCIAS

- Augusto J., M., Berrios M., P., Lopez Z., E. y Aguilar L., M.C. (2006). Relationship between burnout and emotional intelligence and its impact on mental health, welfare and job satisfaction in nursing. *Anxiety and Stress*, 12(2-3), 479-493.
- Bakker, A.B. y Demerouti, E. (2013). La teoría de las demandas y los recursos laborales. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 29(3), 107-115.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 1-26.
- Bar-Haim, A. (2007). Rethinking organizational commitment in relation to perceived organizational power and perceived employment alternatives. *International Journal of Cross-Cultural Management*, 7(2), 203-217.
- Belser, P. y Sobeck, K. (2012). At what level should countries set their minimum wages? *International Journal of Labour Research*, 4(1), 105-128.
- Bliese, P.D. y Castro, C.A. (2000). Role clarity, work overload and organizational support: Multilevel evidence of the importance of support. *Work & Stress*, 14(1), 65-73.
- Cabanach R., G., Valle, A., Rodríguez, S., Piñeiro, I. y González, P. (2015). Las creencias motivacionales como factor protector del estrés en estudiantes universitarios. *European Journal of Education and Psychology*, 3(1), 75-87.
- Clark, A., Oswald, A. y Warr, P. (1996). Is job satisfaction U-shaped in age? *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 69(1), 57-81.

- Feldman, D. (1981). The multiple socialization of organization members. *Academy of Management Review*, 6, 309-316.
- Griffeth, R.W. y Hom, P.W. (2001). *Retaining valued employees*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Gumbau R., G., Soria M., S. y Silla J., M.P. (2012). Efectos moduladores de la autoeficacia en el estrés laboral. *Apuntes de Psicología*, 30(1-3), 311-321.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática y Secretaría del Trabajo y Previsión Social (2010). *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo*. México: INEGI/STPS. Disponible en línea: [http://www.inegi.gob.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/encuestas/hogares/enoe/enoe2010/ENOE\\_2010.pdf](http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/encuestas/hogares/enoe/enoe2010/ENOE_2010.pdf).
- Laca A., F.A., Ceballos M., J.C. y Rezola J., M.G. (2014). Propuesta de un modelo para evaluar el bienestar laboral como componente de la salud mental. *Psicología y Salud*, 16(1), 87-92.
- Laca, F., Mejía, J.C. y Gondra, J.M. (2006). Propuesta de un modelo para evaluar bienestar laboral como componente de la salud mental. *Psicología y Salud*, 16(1), 87-93.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). Cognitive theories of stress and the issue of circularity. En M. H. Appley y R. Trumbull (Eds.): *Dynamics of stress. Physiological, psychological, and social perspectives* (pp. 63-80). New York: Plenum.
- Locke, E.A. y Latham, G.P. (1990). Work motivation and satisfaction: Light at the end of the tunnel. *Psychological Science*, 1(4), 240-246.
- Louis, M.R. (1980). Surprise and sense making: What newcomers experience in entering unfamiliar organizational settings. *Administrative Science Quarterly*, 25(2), 226-251.
- Luthans, F., Youssef, C.M. y Avolio, B.J. (2007). *Psychological capital: Developing the human competitive edge*. Oxford, MA: Oxford University Press.
- Mejía, J.C., Laca, F. y Gondra, J.M. (2009). Factores de personalidad, afectivos y sociodemográficos en la predicción del bienestar laboral en docentes. *Psicología y Salud*, 19(1), 121-132.
- Meliá, J.L., Zornoza, A., Sanz, M.J., Morte, M.P. y Gonzalez, V. (1987). La incidencia de los factores de conflicto de rol y ambigüedad de rol sobre los factores de la satisfacción aboral. *Actas del Segundo Congreso Nacional de Evaluación Psicológica*. Madrid, España.
- Mertens, L. y Falcón, M. (2014). *Productividad y condiciones de trabajo decente*. México: OIT. Disponible en línea: [http://www.ilo.org/mexico/WCMS\\_246746/lang--es/index.htm](http://www.ilo.org/mexico/WCMS_246746/lang--es/index.htm).
- Meyer, J.P. y Allen, N.J. (1991). A three-component conceptualization of organizational commitment. *Human Resource Management Review*, 1(1), 61-89.
- Mossholder, K.V., Bedein, A.G. y Armenakis, A.A. (1982). *Employee-organization linkages: The psychology of commitment and turnover*. New York: Academic Press.
- Organización Internacional del Trabajo (1984). *Factores psicosociales en el trabajo: Naturaleza, incidencia y prevención* (Serie Seguridad, Higiene y Medicina del Trabajo, 56). Ginebra: OIT.
- Organización Internacional del Trabajo (2014). *Informe Mundial sobre Salarios 2012/2013: Los salarios y el crecimiento equitativo*. Ginebra: OIT. Disponible en línea: [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms\\_195244.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_195244.pdf).
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (2014). *Society at a Glance 2014*. París: OECD Publishing. Disponible en línea: [http://dx.doi.org/10.1787/soc\\_glance-2014-en](http://dx.doi.org/10.1787/soc_glance-2014-en): 1-148.
- Paris, L. y Omar, A. (2013). Estrategias de afrontamiento del estrés como potenciadoras de bienestar. *Psicología y Salud*, 19(2), 167-175.
- Parra, M. (2003). *Conceptos básicos en salud laboral*. Santiago de Chile: OIT.
- Peiró, J.M., Melia, J.L. y González, V. (1985). La incidencia del conflicto y la ambigüedad de rol sobre la propensión al abandono y la satisfacción laboral. *Actas del II Congreso Nacional de Psicología del Trabajo* (pp. 305-333). Madrid, 2-3 de junio.
- Peiró, J.M., y Salvador, A. (1993). *Desencadenantes del estrés laboral* (v. 2). Madrid: Eudema.
- Pinazo C., D. (2006). Conducta proactiva en situaciones de incertidumbre cultural y situacional. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 22(2), 133-149.
- Schulz, P., Kirschbaum, C., Prüßner, J. y Hellhammer, D. (1998). Increased free cortisol secretion after awakening in chronically stressed individuals due to work overload. *Stress and Health*, 14(2), 91-97.
- Silla J., M.P. (2015). *Nuevas tendencias en la investigación sobre estrés laboral y sus implicaciones para el análisis y prevención de los riesgos psicosociales*. Madrid: Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas.
- Slipak, O. (1996). Estrés laboral. *Alcmeon*, 19, 2-7.
- Soria M., S., Gumbau R., M.G. y Martínez I., M.M. (2005). Demandas laborales y conductas de afrontamiento: el rol modulador de la autoeficacia profesional. *Psicothema*, 17(3), 390-395.
- Stavroula, L, Griffiths, A. y Cox, J. (2003). Work organisation and stress: systematic problem approaches for employers, managers and trade union representatives. En World Health Organization (Ed.): *Protecting workers* (pp. 1-27)). Geneva: WHO (Health Series No. 3).

- Taormina, R.J. (1994). The Organizational Socialization Inventory. *International Journal of Selection and Assessment*, 2, 133-145.
- Taormina, R.J. (1997) Organizational socialization: A multidomain, continuous process model. *International Journal of Selection and Assessment*, 5, 29-47.
- Van Maanen, J. y Schein, E. (1979). Towards a theory of organizational socialization. En B. Staw (Ed.): *Research in organizational behavior* (v. 1, pp. 209-264). Greenwich, CON.: Jai Press.
- Viejo, S. y González, M. (2013). Presencia de estrés laboral, síndrome de burnout y engagement en personal de enfermería del Hospital del Niño Morelense y su relación con determinados factores laborales. *European Scientific Journal*, 9(12), 112-119.
- Warr, P. (2003). Well-being and the workplace. En D. Kahneman, E. Diener y N. Schwarz (Eds.): *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 392-412). New York: Russell Sage Foundation.
- Watson, D. y Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of the mood. *Psychological Bulletin*, 98, 219-235.
- Watson, D. y Walker, L.M. (1996). The long-term stability and predictive validity of trait measures of affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 567-577.

# Generatividad en adultos mayores mexicanos: asociación entre interés y comportamientos generativos<sup>1</sup>

## *Generativity in older Mexicans: Association between interest and generative behaviors*

*Ana Luisa Mónica González-Celis Rangel  
y Laura Esmeralda Raya Ayala<sup>2</sup>*

### RESUMEN

La generatividad se refiere a la capacidad de las personas para desarrollarse y realizar una aportación a los entornos en los que viven y participan. Este concepto señala diferencias entre expresar un interés y realizar comportamientos generativos. No obstante, aunque son conceptos distintos, parecen relacionarse al influir uno sobre otro, de manera que expresar un interés hacia determinadas actividades generativas hace probable que tal expresión se transforme en comportamientos reales. De ahí que el objetivo de la presente investigación haya sido identificar el interés generativo y los comportamientos en que se transforma, además de conocer si variables sociodemográficas como el sexo y el nivel de escolaridad tienen un efecto diferencial sobre el interés y el comportamientos generativo en adultos mayores mexicanos. Participaron 188 adultos mayores que respondieron la Escala de Generatividad de Loyola para medir el interés, y la Escala de Comportamientos Generativos (ECG) para medir acciones generativas. Los resultados muestran que al aumentar el interés de los participantes, aumenta la frecuencia de comportamientos generativos; sin embargo, no hubo correspondencia entre las actividades que les interesaban y las que llevaban a cabo. Se concluye que los adultos mayores realizan actividades por las que no muestran interés, pero que expresan un interés por acciones generativas que realizan con poca frecuencia.

**Palabras clave:** Generatividad; Interés generativo; Acción generativa; Envejecimiento; Adultos mayores.

### ABSTRACT

*Generativity refers to the ability of individuals to develop and make contributions to the environments in which they live. This concept suggests differences between expressing interest and actually engaging in generative behavior. Although these options seem to relate to different concepts they probably influence each other, so expressing interest in certain generative activities is likely to be transformed into actual behaviors. Hence the objective of the present study was to identify what generative interest expressions actually result in what behaviors and analyze whether this implies a statistically significant association. An additional purpose was to examine if socio-demographic variables such as gender and schooling reflect a differential effect of interest on generative behavior in Mexican older adults. A total of 188 participants responded to two instruments: the Loyola Generativity Scale (EGL) and the Generative Behaviors Scale (ECG) for generative actions. Results suggest that increased interest by participants actually increases the frequency of generative behavior. However, there was no correspondence between the type of activities participants declared interest and the type of actually shown behaviors. Gender differences showed little association consistency while schooling showed a statistically significant association with generative activities*

---

<sup>1</sup> El presente artículo se realizó para obtener el grado de Licenciatura de la segunda autora bajo la dirección de la primera, y fue apoyado parcialmente por el Proyecto PAPIIT IT300714, de la DGAPA, Universidad Nacional Autónoma de México. Artículo recibido el 14 de septiembre de 2015 y aceptado el 18 de enero de 2016.

<sup>2</sup> Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, Av. de los Barrios s/n, Col. Los Reyes Iztacala, 54090 Tlalnepantla, Edo. de México, México, tel. (55)54-06-14-06, correos electrónicos: alger10@hotmail.com y laura\_say13@hotmail.com.

*and an increased clinical effect for participants with at least high school. We finally conclude that older adults tend to perform activities they are not interested in, while expressing interest in generative actions performed infrequently.*

**Key words:** Generativity; Generative interest; Generative action; Aging; Older adults.

El envejecimiento constituye un fenómeno de la persona y de la población. Como fenómeno poblacional, expresa el éxito de la humanidad, dado que representa el resultado de los descubrimientos humanos y de los avances en la higiene, nutrición, tecnología médica y otras conquistas sociales, entre muchos otros, cambios que en su conjunto se ven reflejados en el crecimiento demográfico de las personas mayores y en el incremento de la esperanza de vida. Por otra parte, como fenómeno individual, el envejecimiento humano se describe, predice y explica considerando tres aspectos principales: el biológico, el psicológico y el social (González-Celis, Tron y Chávez, 2009).

En este sentido, la psicología se ha ocupado de investigar el envejecimiento desde una perspectiva positiva que contradice las visiones tradicionales, generalmente de índole biológica, que concebían esta etapa de la vida como un periodo marcado exclusivamente por el declive y la pérdida generalizada (Thornton, 2002).

De acuerdo a Villar, Celdrán, Fabá y Serrat (2013), las actuales líneas de investigación han generado conceptos que enfatizan la capacidad de los mayores no solo para mantener la autonomía y continuar implicados en la vida, sino también para experimentar nuevos logros en la última etapa del ciclo vital. Han surgido términos como “envejecimiento activo” (World Health Organization, 2002), “envejecimiento exitoso” (Rowe y Kahn, 1987), así como el modelo de selección, optimización y compensación de Baltes y Baltes (1990), Freund y Baltes (2007) y Freund (2008). Entre estos conceptos, ha emergido el de *generatividad*, término que hace hincapié en la capacidad de las personas para desarrollarse y crecer, así como para realizar una aportación a la sociedad a través de actividades que contribuyen a la mejora de los entornos en los que viven y participan.

La generatividad aparece en la teoría del desarrollo de Erik Erikson de 1950 (cf. Cornachione, 2006), en la que el autor supone una serie de etapas, donde cada una mantiene relaciones con las otras. Es precisamente en la etapa adulta (“generatividad en oposición a estancamiento”), que la preocupación gira en torno a establecer y guiar a la generación siguiente a través de los propios actos de cuidado.

En términos de Erickson (1950), la generatividad es el reto fundamental al que la persona se enfrenta en la mediana edad. La define como el interés por guiar y asegurar el bienestar de las siguientes generaciones y, en último término, por dejar un legado que le sobreviva. Además, supone un interés por contribuir al bien común y al refuerzo y enriquecimiento de las instituciones sociales, de manera que se asegure la continuidad entre las generaciones y el desarrollo social.

McAdams y de St. Aubin (1992) definieron ese concepto como un interés o un compromiso con el bienestar de las generaciones futuras. Así planteado, las personas generativas son las que generan, que dan nacimiento a cosas o a personas sin limitarse a la creación, sino extendiéndola al cuidado, mantenimiento y promoción de aquello a lo que se dio origen. Estos autores sostienen que la generatividad es una constelación de deseos internos, demandas culturales, intereses, creencias, compromisos, acciones y narraciones que giran en torno al objetivo psicosocial último de proveer lo necesario para la supervivencia, el bienestar y el desarrollo de la vida de las generaciones sucesivas.

Un aspecto importante de las actividades generativas es que, además de contribuir al bien común y al desarrollo social, implican un componente de satisfacción personal y estimulan también el desarrollo de la persona (Villar, 2012a; Villar, 2012b). De hecho, esta conexión con el desarrollo individual es lo que diferencia la generatividad de otros conceptos similares, como el de envejecimiento productivo (Caro y Sánchez, 2005; Miralles, 2010). Así, para ser generativa, una actividad no únicamente deberá expresar el interés y la preocupación por las nuevas generaciones, sino que también deberá dotar a la vida de sentido y contribuir a la satisfacción personal (Cheng, 2009; Fisher, 1995; Villar, López y Celdrán, 2013).



Es así como se reconoce que las personas mayores ofrecen ayuda a otras de formas distintas, ya sea como padres, abuelos, cuidadores o mentores, a la vez que proporcionan ayuda mediante acciones generativas y tienden a expresar su interés por transmitir conocimientos y valores a las futuras generaciones (Villar, Celdrán et. al., 2013).

Algunos autores (McAdams, Hart y Maruna, 1998; McAdams y Logan, 2004) han orientado su investigación al estudio del interés y la acción generativa. Al primero lo han definido como una actitud favorable hacia las cuestiones generativas, y la segunda como la realización de comportamientos que suponen una contribución social y un beneficio para las generaciones venideras.

Cheng (2009) identificó en su estudio diferencias entre el interés y la acción generativa, las que atribuyó a las oportunidades que las personas pueden tener para llevar a la práctica ese interés generativo en función de diversas circunstancias vitales o variables tales como el sexo, el nivel educativo o el estado civil (cf. McAdams et al., 1998). Además, estar implicado en acciones generativas quizá conlleva mayores dificultades y sinsabores que el expresar simplemente interés y preocupación por los demás (Warburton, McLaughlin y Pinsker, 2006).

Por otro lado, de St. Aubin y McAdams (1995) hallaron una asociación entre el interés generativo y ciertos rasgos de personalidad, argumentando que la preocupación generativa muestra una mayor estabilidad en el tiempo. En cambio, la probabilidad de implicarse en actividades generativas podría depender en mayor medida de ciertos factores situacionales, como las oportunidades y barreras que encaran las personas en diferentes circunstancias y momentos.

Pese a los resultados anteriores, hay otras actividades potencialmente generativas en las que pueden implicarse las personas en las últimas etapas de su vida, como, la crianza de los hijos o nietos, el cuidado de personas dependientes, la formación de los jóvenes, la producción de bienes y servicios, el compromiso social y la participación cívica y política. Villar, López y Celdrán (2013) sugieren que los adultos mayores que tienen un considerable interés por realizar contribuciones en los contextos sociales de los que son partícipes, ya sean familiares o comunitarios, se implican en compor-

tamientos que expresan ese interés. Incluso, los autores señalan que en la vejez la generatividad que implica nutrir, beneficiar y cuidar de otras personas es particularmente frecuente, lo que algunos autores denominan “generatividad comunitaria” (Kotre, 1984).

Así, la literatura relativa a este campo señala que la concreción de la generatividad en comportamientos efectivos se ve influida por un interés previo, de forma que si una persona expresa interés por una determinada actividad generativa, es más probable que se esfuerce por llevarla a la práctica. Sin embargo, no basta con que manifieste preocupación por las subsiguientes generaciones y que contribuya activamente a sus entornos, pues frecuentemente esas acciones generativas pueden verse obstaculizadas por diferentes circunstancias vitales o situacionales que pueden impedir —o bien contribuir— a que ese interés no se traduzca en comportamientos efectivos.

Por consiguiente, el objetivo del presente trabajo fue identificar el interés generativo, los comportamientos en los que se transforma y conocer si variables sociodemográficas tales como el sexo y el nivel de escolaridad tienen un efecto en el interés y en los comportamientos generativos de un grupo de adultos mayores mexicanos.

De lo anterior se desprendieron los siguientes objetivos específicos: *a)* identificar el nivel de interés generativo en cada uno de los dominios de la Escala de Generatividad de Loyola (EGL) de los adultos mayores; *b)* identificar los comportamientos generativos que con mayor frecuencia realizan los adultos mayores; *c)* probar la asociación entre los dominios de la EGL y los comportamientos generativos más frecuentemente realizados; *d)* analizar el efecto de la escolaridad y el sexo en el grado de interés generativo y en sus dimensiones, y *e)* evaluar si hay diferencias en los comportamientos generativos a partir de variables tales como el sexo y el nivel de escolaridad.

## MÉTODO

### Participantes

La muestra estuvo conformada por 188 adultos mayores adscritos a una clínica de salud del Estado de

México (México) que de manera voluntaria respondieron los instrumentos. De ellos, 126 (67%) pertenecían al sexo femenino. Los participantes se ubicaron en un rango de edad de 60 a 94 años. Respecto al nivel de escolaridad, 68 (36.2%) reportaron haber estudiado el bachillerato o llegado al nivel profesional, 40 (21.3%) cursaron la secundaria o un nivel técnico, 36 (19.1%) concluyeron la primaria, 36 (19.1%) contaban con la primaria incompleta, 7 (3.7%) reportaron no haber asistido a la escuela y 1 (.6%) no respondió.

## Instrumentos

Los participantes completaron un cuestionario en el que proporcionaron los citados datos sociodemográficos, así como los siguientes instrumentos:

*Escala de Generatividad de Loyola* (EGL, o LSG por sus siglas en inglés). Esta escala, diseñada por McAdams y de St. Aubin (1992), demuestra tener una alta consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach de .83) y una fiabilidad test-retest adecuada (.73 en un intervalo de tres semanas). Tiene por objetivo evaluar el interés generativo en la población adulta. El instrumento se compone de veinte reactivos, cada uno planteado como una afirmación a la que el participante responde señalando su nivel de acuerdo o desacuerdo. Cuenta con reactivos positivos y negativos. Los positivos son los siguientes: 1, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 16, 17, 18, 19 y 20. Las opciones de respuestas van de 0 a 3 puntos, desde “muy en desacuerdo” a “muy de acuerdo”. Para los negativos (2, 5, 9, 13, 14 y 15) la puntuación se invierte: de 3 para la opción “muy en desacuerdo”, a 0, “muy de acuerdo”.

De acuerdo a McAdams y de St. Aubin (1992), la escala se clasifica en cinco dominios:

1) Transmitir conocimientos o habilidades a otros, principalmente a las siguientes generaciones (reactivos 1, 3, 12 y 19); 2) Hacer contribuciones significativas a la mejora de la comunidad o vecindario (reactivos 5, 15, 18 y 20); 3) Hacer cosas que serán recordadas por mucho tiempo y dejar un legado (reactivos 4, 6, 8, 10, 13 y 14); 4) Ser creativo o productivo (reactivos 7 y 17), y 5) Tener cuidado y responsabilidad hacia otras personas (reactivos 2, 9, 11 y 16). De esta suerte, el instrumento permite obtener una puntuación parcial correspondiente a cada dominio y una total.

Para calificar la prueba se suman las puntuaciones obtenidas, teniendo 0 puntos como valor mínimo y 60 como máximo. En consecuencia, entre mayor es la puntuación, mayor es la generatividad reportada por el participante.

*Escala de Comportamiento Generativo* (ECG, o GBS por sus siglas en inglés). Creada asimismo por McAdams y de St. Aubin (1992), la ECG original en inglés demostró tener validez de constructo al correlacionar positivamente con la LSG ( $r = .53$ ) y con otras medidas de generatividad. La escala evalúa la frecuencia de conductas generativas en la población adulta y está constituida por 29 comportamientos generativos con tres opciones de respuesta (“Nunca” [0], “Una vez” [1] “y “Dos o más veces” [2]).

Para calificarla, se hace una suma de los puntos y se determina un puntaje total. Como valor mínimo se obtiene un puntaje de 0 y como máximo de 58, lo que significa que entre mayor es el puntaje, mayor es la frecuencia de comportamientos generativos llevados a cabo en los últimos dos meses.

Para facilitar la realización de los análisis estadísticos, los puntajes brutos obtenidos en los instrumentos EGL y ECG se transformaron a una escala de 0 a 100 siguiendo las siguientes formulas:  $EGL = ([x * 100] / 60)$  y  $ECG = ([x * 100] / 58)$ .

Ambas escalas fueron traducidas al castellano por Villar, López y Celdrán en 2013, adaptándose al español mexicano por parte de los presentes autores al utilizarse un lenguaje coloquial.

## Procedimiento

La investigación tuvo lugar en una clínica de salud pública ubicada en el Estado de México. Los pacientes mayores de 60 años participaron de manera voluntaria. El proceso realizado al acercarse a cada adulto mayor consistió en realizar una presentación en la que el aplicador mencionaba su nombre, manteniendo siempre una actitud cordial para generar confianza. Luego se informaba al participante que se trataba de un estudio de la Universidad Nacional Autónoma de México, se le leía la carta de aceptación, para después pedirle la firmara siempre y cuando estuviera de acuerdo en participar.

Una vez obtenida la autorización se realizó la aplicación de los instrumentos. Se inició con la ficha de datos sociodemográficos, seguida de la EGL y concluyéndose con la ECG.

Se contó con la colaboración de cinco aplicadores previamente entrenados, quienes llevaron a cabo las entrevistas bajo la supervisión de la investigadora responsable.

## RESULTADOS

A continuación se presentan los análisis estadísticos que se llevaron a cabo. Primeramente se obtuvieron las frecuencias de cada uno de los 29 comportamientos generativos; después se calcularon los coeficientes de asociación *r* de Pearson entre las puntuaciones de los comportamientos generativos y el interés generativo total y por dominios; asimismo, se hicieron comparaciones entre los diversos niveles de escolaridad para las medidas de comportamiento e interés generativo a través de un ANOVA de un factor, la prueba de Tukey para comparaciones múltiples y el tamaño del efecto mediante la prueba *d* de Cohen; por último, se probaron las diferencias debidas al sexo con una

prueba *t* de Student y con la *d* de Cohen para el tamaño del efecto.

Los puntos de corte para determinar el tamaño del efecto se observan en la Tabla 1.

**Tabla 1.** Puntos de corte en *d* de Cohen.

| Tamaño del efecto  | Interpretación de la magnitud |
|--------------------|-------------------------------|
| $d < .20$          | Irrelevante                   |
| $.20 \leq d < .50$ | Pequeño                       |
| $.50 \leq d < .80$ | Moderado                      |
| $d \geq .80$       | Grande                        |

### Análisis descriptivos

La Tabla 2 muestra las puntuaciones obtenidas para la suma total de Interés generativo y por cada dominio de la EGL. Las puntuaciones medias más altas corresponden al dominio de Creatividad y productividad ( $M = 78.18$ , D.E. = 19.98), seguido de Transmisión de conocimientos ( $M = 72.12$ , D.E. = 18.18), siendo estos los dominios por los que más se preocupaban los participantes, mientras que Cuidado a otras personas ( $M = 62.57$ , D.E. = 18.14) representa el dominio por el que mostraron menor interés.

**Tabla 2.** Medidas descriptivas para Interés generativo total y para los dominios de la Escala de Generatividad de Loyola (EGL).

|                          |                             | N*  | M (D.E.)      | Min. | Máx. | IC 95%         |
|--------------------------|-----------------------------|-----|---------------|------|------|----------------|
| Interés generativo total |                             | 162 | 69.48 (12.54) | 30   | 100  | [67.53, 71.42] |
| Dominios                 | Transmitir conocimientos    | 185 | 72.12 (18.18) | 17   | 100  | [69.48, 74.75] |
|                          | Mejora de la comunidad      | 183 | 66.03 (18.17) | 0    | 100  | [67.51, 72.31] |
|                          | Dejar un legado             | 173 | 69.91 (16.02) | 28   | 100  | [63.38, 72.31] |
|                          | Creatividad y productividad | 181 | 78.18 (19.98) | 28   | 100  | [75.25, 81.11] |
|                          | Cuidado de otras personas   | 181 | 62.57 (18.14) | 17   | 100  | [59.91, 65.23] |

\*Nota: La muestra varía en cada dominio debido a que el sistema arroja un número de casos perdidos representados por aquellos participantes que no completaron las respuestas en esos dominios.

Los comportamientos generativos de mayor frecuencia fueron los siguientes: “Cuidado de plantas o animales domésticos” (reactivo 16, 83.4%), “Cuidado del bienestar de mi familia” (reactivo 20, 82.8%), “Transmitir valores a personas más jóvenes” (reactivo 3, 62.3%), “Contar a alguien experiencias personales que considero valiosas” (reactivo 8, 59.4%). En menor grado se reportaron

los que se enlistan a continuación: “Comprometerse en asuntos políticos, sociales o religiosos” (reactivo 10, 18.2%), “Participar en asociaciones u organizaciones como voluntario” (reactivo 28, 16.6%), “Dirigir a un grupo de personas por un bien común” (reactivo 6, 15%), y “Escribir relatos, poesías o memorias” (reactivo 23, 9.2%), que obtuvo la menor frecuencia.

### Análisis de correlación

Al probar la asociación de los puntajes obtenidos en la EGL y la ECG, se encontró evidencia estadísticamente significativa ( $r = .427, p < .05$ ). La

correlación de Pearson señala que se trata de una correlación positiva y moderada. Asimismo, se identificó una correlación positiva, significativa y moderada entre la ECG y cada dominio de la EGL (Tabla 3).

**Tabla 3.** Correlación entre la Escala de Comportamientos Generativos y los dominios de la Escala de Generatividad de Loyola.

|     |                        | Transmitir conocimientos | Mejora de la comunidad | Dejar un legado | Creativo/Producto | Cuidado de otros |
|-----|------------------------|--------------------------|------------------------|-----------------|-------------------|------------------|
| ECG | Correlación de Pearson | .242***                  | .324***                | .370***         | .227***           | .272***          |
|     | Sig. (bilateral)       | .001                     | .000                   | .000            | .003              | .000             |

Nota: \*\*\*  $p \leq .001$

### Análisis de comparación

No se encontró suficiente evidencia para afirmar una diferencia estadísticamente significativa entre los valores de la variable de género (masculino y femenino) entre ambas escalas; sin embargo, al calcular el tamaño del efecto, se halló que el valor  $d$  de Cohen fue moderado en la EGL ( $d = 1.09$ ), lo que favorece al grupo masculino.

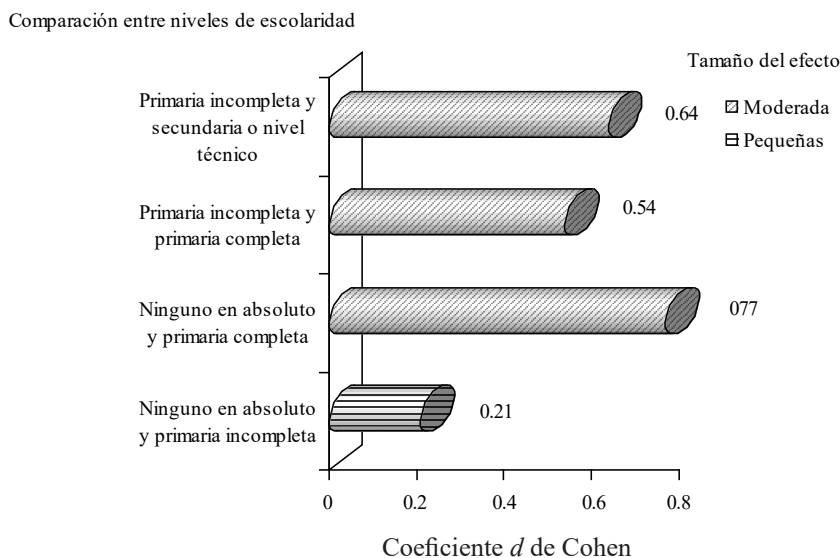
Para valorar los efectos del nivel de escolaridad sobre el grado de interés y comportamientos generativos, se aplicó un ANOVA que permitió identificar diferencias significativas en dicho nivel en el total de comportamientos generativos ( $F[4,169] = 7.676, p = .0001$ ).

La prueba *post-hoc* HSD de Tukey indicó evidencia estadísticamente significativa para afirmar que los participantes sin escolaridad ( $M = 30.79$ ,

D.E. = 16.55) se implican en menos actividades generativas que quienes cursaron la secundaria ( $M = 56.60$ , D.E. = 14.63) y el bachillerato o profesional ( $M = 58.18$ , D.E. = 19.01). A su vez, tanto el grupo de primaria incompleta ( $M = 45.69$ , D.E. = 15.47) como el de primaria completa ( $M = 46.89$ , D.E. = 17.42) se involucraban en menos actividades generativas que los de bachillerato o profesional ( $M = 58.18$ , D.E. = 19.01).

De esta suerte, los resultados anteriores sugieren que el nivel de escolaridad tiene una influencia estadísticamente significativa en las actividades que los adultos mayores realizan con el objetivo de contribuir a los entornos en los que participan. También se encontró que el tamaño del efecto sigue el mismo patrón, donde las diferencias clínicas y estadísticas favorecen a los participantes con un alto nivel de escolaridad (Gráfica 1).

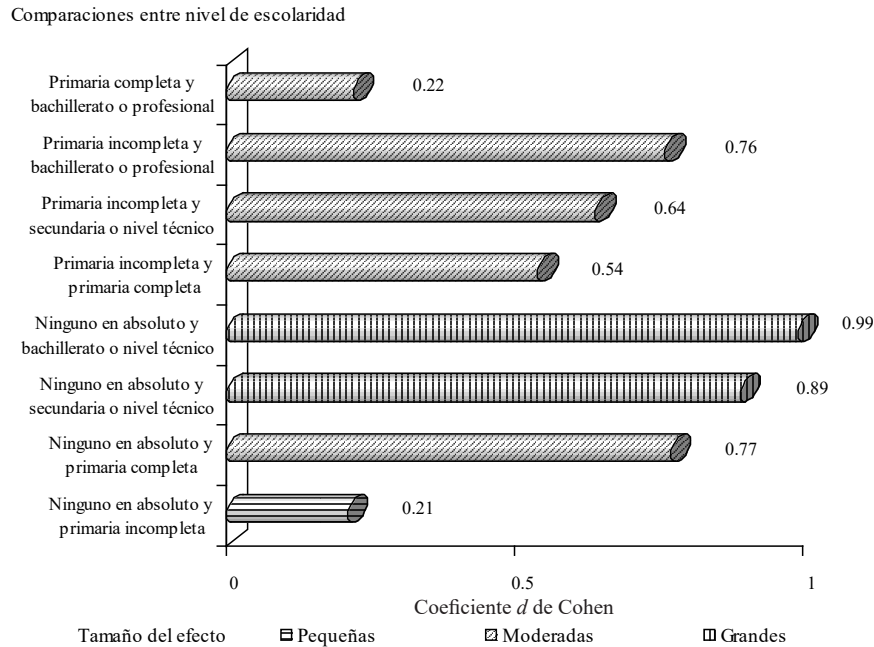
**Gráfica 1.** Coeficiente  $d$  de Cohen para las comparaciones entre el nivel de escolaridad del comportamiento generativo.



Por otro lado, el nivel de escolaridad no tuvo un efecto estadísticamente significativo en el interés generativo. Sin embargo, al calcularse el coeficiente *d* de Cohen, se encontraron diferencias clí-

nicas que en todas las comparaciones favorecen a los participantes con un alto nivel de escolaridad (Gráfica 2).

**Gráfica 2.** Comparaciones clínicas significativas entre nivel de escolaridad y el interés generativo.



## DISCUSIÓN

Debido a que los participantes se hallaban en un rango de edad de 60 a 94 años, fue posible analizar los resultados a partir de una perspectiva generacional que permite explicar su comportamiento como consecuencia de las experiencias sociales a las que habían sido expuestos y de las características comunes desarrolladas.

En la actualidad, tres generaciones distintas conviven en un mismo momento histórico y participan tomando decisiones que determinan la realidad social: *Baby Boomers*, Generación X y Generación *Milenialls* (Zurita, s.f.).

La generación de los *Baby Boomers* constituye la población adulta mayor. De acuerdo al marco conceptual que proporciona la teoría generacional, se habla de una población rígida y tradicional, educada precisamente para proteger a otros. Se dice que fue la última generación con límites bien definidos; para ella, la mayor aspiración de vida tiene un camino claro: crecer, educarse, trabajar, casarse y tener hijos, así como profesar amor al trabajo y a lo que aprendieron de sus

padres. De modo que no es sorprendente encontrar que las actividades de cuidado hacia otras personas, animales o plantas sean las que con mayor frecuencia reportaron los adultos mayores en el presente estudio. Además, la literatura también señala que la generatividad comunitaria en la vejez —esto es, la encargada de nutrir, beneficiar y cuidar de otras personas— es precisamente la más frecuente (Kotre, 1984). No obstante, resulta interesante encontrar que, al evaluar el interés generativo, los adultos mayores obtuvieron bajos puntajes en el dominio “Cuidado de otras personas”, lo que probablemente se debe a que actividades tales como el cuidado de nietos, plantas o animales son actividades que realizan de manera cotidiana y que consideran adecuadas para su edad.

Por otra parte, a pesar de que dichos adultos manifiestan un interés por ser creativos y productivos, son precisamente actividades tales como escribir relatos, poesías o memorias, dirigir a un grupo de personas por un bien común, o participar en asociaciones u organizaciones como voluntarios y comprometerse en asuntos políticos, sociales o religiosos, los comportamientos que con menor



frecuencia llevan a cabo, acciones que sin duda implican la toma de decisiones y la participación social y política.

Los resultados de este estudio coinciden con el realizado por Villar, Celdrán et al. (2013), quienes identificaron un patrón de participación en el que lo familiar domina sobre lo comunitario, señalando que la población adulta mayor hace una importante contribución al desarrollo del capital social en el micronivel de las relaciones familiares y de amistad, pero cuya participación en el nivel macro de las organizaciones, asociaciones e instituciones sociales es escasa. Incluso Villar y Serrat (2014) apuntan que la participación de los adultos mayores en la comunidad podría ser particularmente relevante ya que muchos de ellos se han retirado del mercado laboral y disponen de más tiempo para dedicarse a lo que desean, de modo que la comunidad podría ser una fuente de nuevas oportunidades de desarrollo en la vejez. Sin embargo, los resultados del presente estudio arrojan evidencias de que el patrón de comportamientos generativos en el caso de los adultos mayores mexicanos aquí estudiados prevalece el dominio familiar más que el comunitario, todo lo cual se explica a partir del contexto cultural.

Asimismo, Villar et al. (2013) señalan que la participación en actividades generativas se encuentra en función de variables como el sexo y el nivel educativo, lo que se confirma en los resultados al encontrarse que entre mayor es el nivel de escolaridad, más frecuentes son los comportamientos generativos que se llevan a cabo.

La posibilidad de implicarse en actividades generativas depende en mayor medida de factores situacionales, como las oportunidades, de manera que los adultos mayores mexicanos no cuentan con los espacios para participar social y políticamente debido a una política social en que no se formulan leyes ni se generan los espacios necesarios que fomenten su autonomía. Este argumento parece convincente, pues las políticas públicas mexicanas puestas en práctica han estado y siguen estando enfocadas a acciones de corte asistencialista y paternalista que no promueven la participación social o la creación de una base ciudadana, sino únicamente la transferencia de recursos económicos, servicios o apoyos.

Vivaldo y Martínez (2012) y Rosas (2013) indican que México no cuenta en la actualidad ni ha contado a lo largo de su historia con políticas públicas orientadas al proceso de envejecimiento, pues las existentes se han construido con una visión de gobierno y no de Estado. Señalan que para ser pública una política debe partir de una base democrática que incluya la participación de los distintos actores sociales en su formulación, implementación y evaluación. No obstante, la democracia que hay en el país implica que los grupos afectados o protagonistas del problema a resolver no únicamente no participan, sino que se han convertido en simples consumidores de diversos programas gubernamentales.

De esta forma, las leyes y programas gubernamentales de atención se han dirigido a cuidar y proteger a los adultos mayores, considerados como población vulnerable, a quienes brindan servicios de asistencia social (Razo, 2014), lo que justifica la dirección de las políticas gubernamentales, pero pasando por alto factores tales como la dependencia, la discriminación social, la pobreza y las enfermedades, que están estrechamente ligados a la vejez; detenerse de manera exclusiva en ese punto no permite encontrar vías para el grupo de adultos mayores que desea permanecer activo, participar y contribuir a su entorno.

Finalmente, el análisis generacional permite ver que el hecho de generar políticas públicas más inclusivas, además de contribuir a la participación de los adultos mayores actuales, también implica una medida preventiva para las generaciones que en el futuro conformarán la población adulta mayor. Como se ha señalado, las nuevas generaciones de personas mayores están y continuarán desafiando las diversas caracterizaciones tradicionalmente asociadas a la vejez. Muchos de ellos se interesarán por una vida activa en la que también realicen contribuciones a sus comunidades mediante el trabajo remunerado, el voluntariado o la participación cívica. Estas personas no pretenden dedicarse al cuidado de descendientes, pues son personas individualistas, con una gran confianza en sí mismas y con capacidad para tomar decisiones; han dejado de creer en el matrimonio debido a que muchos de ellos provienen de padres solteros, por lo que casarse y tener hijos no entra en sus planes.

Dado lo anterior, se hace necesario convertir el problema en una cuestión de política pública basada en derechos que fomente la participación de los adultos mayores en la formulación de leyes y programas que tengan que ver con ellos, y que

además les proporcione más espacios generativos, más allá de los familiares y los propios del cuidado, en los que contribuyan socialmente y políticamente y también se desarrollen en el aspecto personal.

## REFERENCIAS

- Baltes, P.B. y Baltes, M.M. (1990). Psychological perspectives on successful ageing: The model of selective optimization with compensation. En P. B. Baltes y M. M. Baltes (Eds.): *Successful ageing: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1–34). New York: Cambridge University Press.
- Caro F., G. y Sánchez M., M. (2005). Envejecimiento productivo. Concepto y factores explicativos. En S. Pinazo H. y M. Sánchez M. (Eds.): *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas* (pp. 457-487). Madrid: Pearson, Prentice-Hall.
- Cheng, S-T. (2009). Generativity in later life: Perceived respect from younger generations as a determinant of goal disengagement and psychological well-being. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 64B, 45-54.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 1, 155-159.
- Cornachione, M.A. (2006). *Adulthood: Aspects biológicos, psicológicos y sociales*. Córdoba (Argentina): Brujas.
- De St. Aubin, E. y McAdams, D.P. (1995). The relations of generative concern and generative action to personality traits, satisfaction/happiness with life, and ego development. *Journal of Adult Development*, 2, 99-112.
- Erickson, E. (1950). *Childhood and society*. New York: H.H. Norton.
- Fisher, B.J. (1995). Successful ageing, life satisfaction, and generativity in later life. *International Journal of Ageing and Human Development*, 41, 239-250.
- Freund, A.M. (2008). Successful ageing as management of resources: the role of selection, optimization, and compensation. *Research in Human Development*, 5(2), 94-106.
- Freund, A.M. y Baltes, P.B. (2007). Toward a theory of successful ageing: selection, optimization, and compensation. En R. Fernandez B. (Ed.): *Geropsychology: European perspectives for an ageing world* (pp. 239-254). Cambridge, MA: Hogrefe and Huber.
- González C., A.L., Trón, A. y Chávez, M. (2009). *Evaluación de calidad de vida a través del WHOQOL en población de adultos mayores en México*. México: UNAM.
- Kotre, J. (1984). *Outliving the self: Generativity and the interpretation of lives*. Baltimore, MA: Johns Hopkins University Press.
- McAdams, D.P. y de St. Aubin, E. (1992). A theory of generativity and its assessment through self-report, behavioral acts, and narrative themes in autobiography. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62(6), 1003-1015.
- McAdams, D.P. y Logan, R.L. (2004). What is generativity? En E. de St. Aubin, D. P. McAdams y T. C. Kim (Eds.): *The generative society* (pp. 15- 31). Washington, D.C.: American Psychological Association Press.
- McAdams, D.P., Hart, H.M. y Maruna, S. (1998). The anatomy of generativity. En D. P. McAdams y E. St. Aubin (Eds.): *Generativity and adult development* (pp. 7-43). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Miralles, I. (2010). Vejez productiva: El reconocimiento de las personas mayores como un recurso indispensable en la sociedad. *Kairos. Revista de Temas Sociales*, 26, 1-14.
- Razo A., M. (2014). La política pública de vejez en México: de la asistencia pública al enfoque de derechos. *Revista CONAMED*, 19(2), 78-85.
- Rosas, D. (2013, noviembre). Creación de redes comunitarias de las personas mayores para el fortalecimiento de la participación social. "México no ha tenido políticas públicas para adultos mayores". *Boletín de la Universidad Nacional Autónoma de México*, DGCS-685. Disponible en línea: [http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2013\\_685.html](http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2013_685.html).
- Rowe, J.W. y Kahn, R.L. (1987). Human ageing: usual and successful. *Science*, 237(4811), 143-149.
- Thornton, J.E. (2002). Myths of ageing and ageist stereotypes. *Educational Gerontology*, 28(4), 301-312.
- Villar, F. (2012a). Hacerse bien haciendo el bien: la contribución de la generatividad al estudio del buen envejecer. *Información Psicológica*, 104, 30-56.
- Villar, F. (2012b). Successful ageing and development: The contribution of generativity in older age. *Ageing and Society*, 32(7), 1087-1105.
- Villar, F., Celdrán, M., Fabá, J. y Serrat, R. (2013). La generatividad en la vejez: Extensión y perfil de las actividades generativas en una muestra representativa de personas mayores españolas. *Revista Ibero-americana de Gerontología*, 1(1), 61-79.

- Villar, F., López, O. y Celdrán, M. (2013). La generatividad en la vejez y su relación con el bienestar: ¿quien más contribuye es quien más se beneficia? *Anales de Psicología*, 29(3), 897-906.
- Villar, F. y Serrat, R. (2014). La participación cívica como expresión de generatividad en la vejez. *Estudios Interdisciplinarios sobre Envejecimiento o Envelhecimento*, 19(2), 345-358.
- Vivaldo, M. y Martínez, M. (2012). La política pública para el envejecimiento en México. Historia, análisis y perspectivas. En L. M. Gutiérrez y D. Kershenobich (Eds.): *Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción* (pp. 27-41). México: Academia Nacional de Medicina de México / Academia Mexicana de Cirugía / Instituto de Geriátrica / Universidad Nacional Autónoma de México.
- Warburton, J., McLaughlin, D. y Pinsker, D. (2006). Generative acts: Family and community involvement of older Australians. *International Journal of Ageing and Human Development*, 63, 115-137.
- World Health Organization (2002). *Active ageing*. Geneva: WHO.
- Zurita, F. (s/f). Generaciones en México. *Revistapersonae*, 189. Disponible en línea: <http://revistapersonae.com/generaciones-en-mexico/> (Recuperado el 13 de junio de 2015).

# Percepción de la homofobia y lesbofobia por parte de una muestra de gays y lesbianas de la provincia de Ourense (España)

## *Perception of homophobia and lesbophobia by a sample of gays and lesbians from the province of Ourense (Spain)*

*Luis Manuel Rodríguez Otero, Sandra Elizabet Mancinas Espinoza  
y Ana Beatriz Carrera Aguilar<sup>1</sup>*

### RESUMEN

La homofobia es un mecanismo social y un principio ideológico basado en un sistema de creencias y valores fundamentados en el modelo heteronormativo. Sus manifestaciones abarcan actos muy diversos, los cuales pueden ocurrir de forma sutil o fáctica. Tomando como muestra a tres hombres gays y cinco mujeres lesbianas, se planteó una investigación cualitativa a través de entrevistas estructuradas con preguntas abiertas. El objetivo de esta investigación consistió en identificar la existencia o no de actitudes homofóbicas hacia gays y lesbianas en cinco ambientes de la provincia española de Ourense: escolar, laboral, familiar, social y otros ámbitos. Los resultados obtenidos evidencian que la violencia verbal es la más frecuente en todos los espacios. Se considera necesario continuar trabajando en intervenciones destinadas a erradicar la homofobia y la lesbofobia y a sensibilizar a las personas en los distintos ámbitos o espacios donde se observan esas actitudes.

**Palabras clave:** Homofobia; Lesbofobia; Violencia; Sexualidad; Diversidad.

### ABSTRACT

*Homophobia involves both a social mechanism and ideological principle based on a system of beliefs and values grounded in the heteronormative model. Its manifestations include diverse acts, which can happen in subtle or factual forms. Taking as sample three gay men and five lesbians, a qualitative research through structured interviews and open questions was carried on. The aim of this study was to identify the existence of homophobic attitudes toward gays and lesbians in five environments of the Spanish province of Ourense: school, job, family, and social and other environments. Results show that verbal violence is most often repeated in all groups. The authors conclude stating the need to continue working on interventions to eradicate homophobia and lesbophobia of society, and to sensitize to the persons in the different areas or spaces where those attitudes are observed.*

**Key words:** Homophobia; Lesbophobia; Violence; Sexuality; Diversity.

---

<sup>1</sup> Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano, Universidad Autónoma de Nuevo León, Av. Universidad s/n, Ciudad Universitaria, 66451 San Nicolás de los Garza, N.L., México, correo electrónico: [luismaotero@yahoo.es](mailto:luismaotero@yahoo.es). Artículo recibido el 11 de septiembre de 2015 y aceptado el 22 de febrero de 2016.

## INTRODUCCIÓN

A lo largo de toda la historia ha habido ataques o actos violentos contra las personas que divergen del estereotipo heterocentrista dominante (Álvarez, 2000; Fone, 2009). No obstante, no fue sino hasta mediados de la década de los 70 cuando se comienza a debatir y visibilizar la homofobia a través de numerosos estudios acerca de las consecuencias negativas que tiene para la salud mental de los homosexuales la confrontación con instituciones hasta hoy vinculadas a la heterosexualidad (Lozano y Rocha, 2011; Weinberg, 1972). Fueron tales estudios el sustento para que la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) dejara de considerar la homosexualidad como una patología (Campo y Herazo, 2013; Herek y González, 2006; Lamberg, 1999).

La homofobia hace referencia a un principio ideológico; una actitud negativa, aversión, rechazo, intolerancia o temor; un sistema de creencias y valores, sentimientos y pensamientos fundamentados en el modelo heterosexista hegemónico social y cultural, por los cuales se ejerce violencia por temor al ataque a la virilidad y al modelo homosexual, manifestándose en la búsqueda del bienestar personal, familiar y social recreando el modelo heterosexual mayoritario (Christensen, 2005; Cruz, 2002; De la Rubia y Valle, 2012; Eribon, 1999; Herek, 2000, 2007; Osma, s/f.; Tin, 2008; Weinberg, 1972).

Entre las distintas definiciones que hay de homofobia destaca la de Cruz (2002) (cf. Lozano y Rocha, 2011), que afirma que es “un mecanismo social, ideológico y sexual que forma parte de una estructura cultural que crea significados y produce jerarquías que posibilitan el uso y ejercicio de poder en un orden de subordinación de los homosexuales [...] muy similar al uso del poder desde la masculinidad hegemónica”.

Autores como Herek (2004) y Barrientos y Cárdenas (2013) señalan que actualmente la homofobia ya no se define como una fobia, sino como una hostilidad dirigida hacia las personas que no son heterosexuales. Es por ello que Herek (2007) sugiere el uso del término “prejuicio sexual”. Esta redefinición de la homofobia se basa en que, como indican Barrientos y Cárdenas (2013), “el componente emocional de una fobia es la ansiedad, mien-

tras que el componente emocional de la homofobia es la ira y el enojo” (p. 4). Borrillo (2001) y Chamberland y LeBetron (2012) indican que si solamente se hace referencia a las actitudes extremas de aprensión psicológica, se ocultan otras formas de hostilidad y las condiciones sociales que lo favorecen.

Betron y González (2009), en una revisión bibliográfica que hicieron de los estudios sobre homofobia, afirman que, en relación a la violencia que sufren los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) y los transexuales –aunque también puede incluirse al colectivo de lesbianas y bisexuales–, la identidad de género es una importante causa subyacente a este tipo de violencia, y asimismo desata la relación entre la estigmatización hacia el colectivo de lesbianas, gays, transexuales, bisexuales e intersexuales (LGTBI en lo sucesivo) a través de un proceso de etiquetado discriminatorio de la divergencia heterocentrista, lo cual fundamenta actitudes negativas (Betron y Gonzalez, 2009; Goffman, 1963).

Desde una perspectiva sociológica, se identifican tres niveles analíticos de la violencia hacia este colectivo, los cuales se caracterizan por ser circulares, simultáneos e interiorizados. Estas formas de violencia son, a saber: la individual o particular, ejercida por individuos o grupos particulares; la gubernamental, ejercida por el aparato de gobierno a través de la omisión de las realidades en el ejercicio de la política, su legislación y representación, y la sociocultural, la cual se lleva a cabo a través del sistema simbólico hegemónico heterocentrista y patriarcal mediante prácticas de eliminación material (Blumenfeld, 1992; Cruz, 2002; Mercado, 2009). Así, es posible encontrar la violencia externa, como la homofobia, la lesbofobia y la transfobia; la violencia explícita o extrema, como los crímenes de odio, el tráfico de personas, la exclusión legal, la expulsión de espacios sociales y otros; la violencia sutil o táctica, como la heterosexualidad obligatoria, la dominación masculina y el patriarcado, y la violencia interna, como la homofobia, la lesbofobia y la transfobia interiorizadas, la endodiscriminación o discriminación de personas LGBT hacia otras del mismo sector y la violencia en parejas del mismo sexo (Butler, 1999, 2002, 2003; Castells, 1999; Fernández, 2005; Hernández y Aguilera, 2007; Maroto, 2006; Neman, 2010; Ote-



ro, 2014a; Platero, 2007, 2008; Rich, 1996; Serrano, Gómez, Amat y López, 2012).

La homofobia y la lesbofobia se manifiestan a través de diversas formas, que van desde las más sutiles (omisión, silencio, burla, desprecio o exclusión), hasta la violación de las garantías legales y civiles de los hombres homosexuales y las lesbianas (De la Rubia y Valle, 2011a, 2011b, 2012; Herek, 2000).

Hay estudios que, como señalan Ortiz y Granados (2003), en cierta forma demuestran la invisibilidad de la comunidad LGTBI en la vida social, a la que contribuyen en cierta medida los medios de comunicación y determinados colectivos al no mostrar a los homosexuales como productivos, sanos y con una vida personal plena (Kennedy, 1996; Meyer y Dean, 1998), lo que constituye un sustento que justifica el que algunas instituciones excluyan al colectivo LGTBI por estar centradas únicamente en las necesidades de la población heterosexual, o también la discriminación producida mediante la negación del acceso a las oportunidades, recursos y servicios, manteniendo así la orientación heterosexista (Rose, 1994; Walsh y Crepeau, 1998).

Como indican Barrientos (2005) y Barrientos y Cárdenas (2013), la homofobia tiene diversos efectos en la calidad de vida de las víctimas. Señalan que dificulta su acceso a los recursos, limita sus derechos y tiene un fuerte impacto en su salud y bienestar al afectar las dimensiones psicosocial, cultural y económica de estas personas. Así, estudios como los de Cochran, Keenan, Schober y Mays (2000) y Cochran y Mays (2000) indican que el colectivo LGTBI es más vulnerable a padecer trastornos psiquiátricos —especialmente depresión, ataques de pánico en gays y toxicodependencias en lesbianas— que la población heterosexual. Otros estudios reportan altos índices de estrés psicológico, experiencias de victimización, cambios psicológicos negativos, efectos fisiológicos, baja autoestima, incremento de la ideación y del riesgo suicida (Díaz, Ayala, Bein, Henne y Marin, 2001; Cochran y Mays, 2000; Hidaka y Operario, 2006; Mathy, 2002; Mays y Cochran, 2001; Meyer, 2003; Pérez, O'Brien, Carels, Gordon y Chiros, 2007; Pescoe y Smart-Richman, 2009).

En una revisión bibliográfica realizada por Betron y González (2009) sobre la homofobia, los

autores citan diversos estudios que evidencian situaciones de violencia y ataques materializados a través de la violencia física, abusos verbales, estigma, discriminación o humillación pública. Ahí, destacan que la homofobia aguda tiene una alta prevalencia y ocurre acompañada de diversas formas de discriminación, como la negación a la educación o a las oportunidades de trabajo o refugio, la extorsión y las detenciones arbitrarias (véase, por ejemplo, Chakrapani, Newman, McLuckie y Melwin, 2007). Respecto al ámbito familiar, señalan algunos estudios en los que la homofobia proviene de los propios miembros de la familia a través de comentarios despectivos, críticas, burlas, abandono, aislamiento, expulsión de la familia o del hogar conyugal, e incluso violencia física (Chakrapani, Babu y Ebenezer, 2002; Chakrapani et al., 2007; Onyango-Ouma, Birungi y Geibel, 2005). También destacan otros estudios que dan cuenta de la homofobia gubernamental, manifiesta en legislaciones que prohíben las relaciones entre personas del mismo sexo y establecen penas de prisión y torturas, así como de la violencia ejercida a través de cuerpos dependientes de instituciones públicas, como la policía (Human Rights Watch, 2003, 2004a, 2004b, 2006).

Por otro lado, hay estudios que evidencian la existencia de actitudes homolesbofóbicas en el ámbito educativo expresadas a través de manifestaciones de violencia física y psicológica, aislamiento y otras, constituyendo así una de las posibles causas del acoso escolar (Fernández, 2013; Marchueta, 2014; Méndez, 2015). Otros estudios señalan que en el ámbito laboral se produce también este tipo de actitudes por parte de compañeros y superiores (Hernández, 2013; Vélez, 2006). Finalmente, determinados estudios contextualizan la homolesbofobia dentro del círculo social y a través de las manifestaciones antes citadas para el resto de las áreas, siendo en la mayor parte de los casos la violencia de tipo psicológico (aislamiento, burlas, rumores, etc.) la que se observa con mayor frecuencia (Bonilla y Beltrán, 2010; Marrero, 2015; Rodríguez, Lameiras, Carrera y Vallejo, 2013).

Las mencionadas autoras enlistan distintos estudios incluidos en la revisión bibliográfica realizada por Katz-Wise y Hyde (2012), en la que analizan 386 estudios sobre homofobia, lesbofobia y bifobia. En ellos, se observa que existen distintos

tipos de victimización, discriminación, asalto físico y victimización escolar, así como elevadas tasas de acoso verbal y discriminación, las que son superiores entre los hombres que entre las mujeres homosexuales.

Cabe destacar las investigaciones que realiza desde 1998 el Anti-Violence Project (AVP) (2015) sobre los reportes de violencia y ataques registrados hacia las personas LGTBI y las positivas al VIH en Estados Unidos, a través de los cuales se identifican las distintas violencias producidas en los ámbitos antes mencionados. En estos estudios se evidencia que la homolesbofobia es un problema presente en la sociedad estadounidense que alcanza altas tasas de violencia. Asimismo, hay revisiones bibliográficas (Richards, Noret y Rivers, 2003; Otero, Carrera, Lameiras y Rodríguez, 2015) en las que se recogen estudios sobre la violencia que ocurre en parejas formadas por personas del mismo sexo, o en las que alguno de sus miembros es transgénero, transexual o intersexual, identificando la fobia a los LGTBI como un elemento que favorece este tipo de violencia.

También destaca el estudio realizado por Ortiz y Granados (2003), ya que entre sus hallazgos se identificó un sesgo de género por el cual los hombres homosexuales y bisexuales entrevistados son víctimas de la violencia con más frecuencia que las mujeres. De igual manera, se identificó que, en su niñez, 30% había sufrido violencia verbal, 22% humillaciones o burlas, 5% robos o maltratos a la propiedad, 8% violencia física y 30% violencia emocional. En la adultez se constata la existencia de violencia verbal en 30% de la muestra, así como amenazas (11%), agresiones físicas (8%) y acoso sexual (18%), entre otras manifestaciones de homo/lesbo/bifobia. Este último estudio es de especial interés ya que describe a los principales agresores varones, indicando que 42% eran desconocidos, 41% compañeros de escuela, 28% vecinos, 21% hermanos, 15% padres, 10% primos y 8% tíos. En cuanto a las agresoras, el reporte señala que eran compañeras de escuela (18%), desconocidas (17%), madres (13%), vecinas (9%), tías (8%), hermanas (7%) y primas (5%). También se identificó que 87% de la muestra nunca denunció las agresiones sufridas.

Se observa que en la mayor parte de los estudios sobre homolesbofobia son de tipo cuantitativo y llevados a cabo principalmente en Esta-

dos Unidos, y en menor medida en México, Asia y África.

Respecto a España, hay informes, como los elaborados por el Ayuntamiento de Barcelona (2011), la International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association (ILGA) (2013) y la Agencia de Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2009), en los que se analiza la situación sociopolítica y legislativa en materia de discriminación por motivos de diversidad sexual. Hay reportes, como los de la Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Transexuales y Bisexuales (FELGTB) y el Colectivo de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales de Madrid (COGAM) (2008), en los que se analiza cuantitativamente la discriminación por orientación sexual o la identidad de género que se aprecia en diferentes ámbitos de prestación de servicios: espacios de ocio o comerciales, laborales, educativos o administrativos donde se constata su existencia, así como el escaso número de denuncias y demandas. El COGAM (2008) hizo un estudio cuantitativo en el que señala que 69% de personas LGTBI ha sufrido homofobia en ese país, siendo las víctimas masculinas homosexuales las que reportan los mayores niveles de ataques. En un comunicado de la Secretaría Política Social e Igualdad de la Confederación Sindical de Comisiones Obreras de Madrid (CCOO) (2015) se analizan la LGTBI-fobia y el acoso en el ámbito laboral, destacando los recursos y el marco legal existente en el contexto español. También se han hecho estudios sobre actitudes hacia la diversidad sexual en estudiantes y profesionales a través de la aplicación de distintas escalas en formato Likert con las cuales se identifican los niveles medios de homolesbofobia (De la Cuadra, Sánchez, Ries y Macías, 2013; España, Guerrero, Farré, Canella y Abós, 2001; Otero, 2015; Oviedo, Herazo y Campo, 2015; Rodríguez et al., 2013; Serrano et al., 2012).

Cabe destacar que diversos trabajos señalan que los entornos ruralizados registran mayores niveles de homofobia, machismo y patriarcado, siendo una de sus posibles causas el calado social que tienen en estos espacios instituciones como la familia, la religión y las costumbres sociales (Alonso y Trillo, 2014; Cañas, 2009; Fernández, 2014; Fernández, Carcedo y Cantero, 2013; Maya, 2008; Sánchez, 2011; Youbi, 2014).

Al ser la provincia española de Ourense una comunidad de tipo predominantemente rural, ya

que de los 92 ayuntamientos que la conforman solamente uno (la capital) posee más de 50 mil habitantes (Millán, 2004; Otero, 2014b), se planteó la presente investigación, cuyo objetivo fue identificar la percepción que tienen los gays y lesbianas –autoidentificados como homosexuales– de esta provincia acerca de la homofobia y la lesbofobia.

Han sido las investigaciones cuantitativas las que más se han utilizado para estudiar la homolesbofobia en el país (COGAM, 2008; De la Cuadra et al., 2013; España et al., 2001; FELGTB y COGAM, 2013; ILGA, 2013; Otero, 2015; Oviedo et al., 2015; Rodríguez et al., 2013; Serrano et al., 2012). Plantear, pues, una investigación cualitativa al respecto aunaría los esfuerzos para identificar las características y manifestaciones que este tipo de violencia tiene en los distintos ámbitos de la vida de las citadas personas.

Por todo lo anterior, se pretendió identificar las actitudes homófobas que hubiera hacia los gays y lesbianas en la provincia española de Ourense. Los objetivos específicos del estudio fueron, a saber: analizar los ámbitos o espacios donde se manifiestan mayores niveles de homofobia, advertir si existen repercusiones en el comportamiento de gays y lesbianas debidas al temor de ataques homófobos, y comparar la percepción que estos dos grupos tienen al respecto.

## MÉTODO

### Participantes

Participaron ocho personas en total, con edades comprendidas entre 23 y 40 años, siendo 31 años la media de edad. La mayor parte procedía del ámbito urbano (seis participantes), uno era del área rural y otro del área semiurbana, todos ellos de la antedicha provincia. Respecto al sexo y orientación sexual, tres eran hombres identificados como gays y cinco mujeres lesbianas. Todos se autoidentificaban como homosexuales. De igual modo, atendiendo a su situación sentimental, seis manifestaron encontrarse en una relación (pero no estar casados) y dos dijeron ser solteros, sin pareja estable. Solamente una mujer indicó tener hijos. Todos eran de nacionalidad española y se hallaban trabajando al momento del estudio. El nivel educativo decla-

rado por los participantes fue medio-alto, ya que uno tenía estudios de EGB terminados, otro de bachillerato, dos estaban titulados de formación profesional o ciclo formativo y cuatro tenían estudios universitarios. Finalmente, cabe destacar que tres participantes se identificaron con una ideología de centro, otros tres de derecha y dos de izquierda.

### Instrumentos

En esta investigación se empleó un diseño metodológico basado en el paradigma cualitativo a través del enfoque fenomenológico-hermenéutico, que se centra en describir las experiencias vividas por un grupo de personas acerca de un concepto o fenómeno, en este caso la homofobia y la lesbofobia (Montero y León, 2007; Sandín, 2003).

Las técnicas utilizadas para la recolección y análisis de información fueron entrevistas estructuradas y programadas a través de la formulación de preguntas abiertas, así como un cuestionario con preguntas cerradas, orientado a la identificación de las características sociodemográficas de una población concreta, y el análisis de contenido.

El cuestionario sociodemográfico fue de tipo personal, anónimo, conformado por preguntas cerradas de elección dicotómica y policotómicas de elaboración propia y destinado a identificar las características sociales de la muestra (sexo, edad, nacionalidad, nivel de estudios, orientación sexual, ámbito de procedencia, ideología política y situación sentimental). Las cuestiones planteadas en las entrevistas fueron de tipo abierto sobre la experiencia y el valor, relativas a la vivencia de algún tipo de ataque o discriminación debido a su orientación sexual en un punto geográfico e institución determinada, esto es, la provincia de Ourense (Montero y León, 2007; Otero, 2015). Las cuestiones planteadas fueron las siguientes: “¿Has sufrido violencia o te has sentido discriminado en el ámbito educativo cuando estudiabas?”, “¿Has sufrido violencia o te has sentido discriminado por tu familia?”, “¿Has sufrido violencia o te has sentido discriminado alguna vez en algún trabajo?”, “¿Has sufrido violencia o te has sentido discriminado por tu círculo social?” y “¿Has sufrido violencia o te has sentido discriminado en cualquier otro espacio o situación?”.

## Procedimiento

El contacto con los participantes se realizó a través de un muestreo por conveniencia y con la técnica conocida como “bola de nieve”. El primer acercamiento consistió en localizar a los posibles participantes en la citada provincia a través de un trabajador social vinculado al colectivo LGTBI. Se invitó a participar a quienes se acercaban a solicitar información y manifestaban ser gays o lesbianas, a quienes se informó sobre el carácter anónimo del instrumento y de las entrevistas grabadas, tras de lo cual firmaron un formato de consentimiento informado sobre el posterior análisis y la publicación del estudio, respetándose así los aspectos éticos de la investigación. El mismo trabajador social que los contactó aplicó el instrumento de forma individual –previa programación en el domicilio de cada uno de los participantes– e hizo las entrevistas. Se decidió utilizar ese ámbito para que se sintieran cómodos y tuvieran la confianza necesaria para exponer sus opiniones e ideas de forma libre (Noreña, Alcázar, Rojas y Rebolledo, 2012).

Para el tratamiento de los datos se empleó el programa informático SPSS para el análisis de las preguntas cerradas. En relación con las preguntas abiertas, se hizo la grabación de las mismas y después se llevó a cabo la transcripción literal de las respuestas en un documento Word. A continuación se procedió al análisis de contenido para categorizar de forma inductiva las distintas manifestaciones expuestas por la muestra.

Respecto al análisis de contenido, se establecieron las siguientes fases: codificación, definición del sistema de categorías y análisis e interpretación de datos. En la codificación, en cada una de las categorías se indicó la orientación sexual (G para gays y L para lesbianas), la edad (E), el ámbito (R para rural, U para urbano y SU para semiurbano) y línea o líneas (l), donde se expresan las citas textuales. En cuanto a la fase de análisis e interpretación de datos, se tomó como referencia el procedimiento de Colás (1998): reducción

de los datos, disposición y transformación de los mismos y obtención y verificación de conclusiones.

Como la muestra era pequeña, no se utilizaron criterios de selección, incluyéndose a todos los participantes. Las técnicas de entrevista utilizadas

por el entrevistador fueron las del silencio, animación y elaboración (escucha activa), la reafirmación, la repetición, la aclaración y el cambio de tema (Valles, 2000).

Para garantizar la calidad de la información obtenida, se utilizaron los criterios de confirmabilidad y neutralidad descritos por Noreña et al. (2012): transcripciones textuales de las entrevistas y cotejo de los resultados con la literatura existente. Asimismo, dos investigadores realizaron de forma individual la identificación de las categorías en esta fase, tras de lo cual, mediante sesiones conjuntas de análisis, discutieron las categorías divergentes para llegar a un consenso.

## RESULTADOS

Los datos obtenidos evidencian la existencia de la homofobia y la lesbofobia en cinco ambientes: escolar, laboral, familiar, social y otros espacios.

Respecto a la homofobia y lesbofobia identificadas en el ámbito escolar (vivencia de situaciones de violencia o acoso durante el periodo formativo), es preciso aclarar que ningún participante se encontraba en ese periodo en el momento de la realización de las entrevistas. No obstante, la pregunta formulada era retrospectiva (o sea, referida al momento en que los participantes eran estudiantes). Es importante asimismo afirmar que todos los participantes se identificaron a sí mismos como gays o lesbianas en dicho periodo. Como refleja la Tabla 1, los encuestados identificaron su existencia o su no apreciación.

**Tabla 1.** Categorías identificadas en el ámbito escolar.

| 1. Existencia                | 2. No identificación      |
|------------------------------|---------------------------|
| 1.1. General no especificado | 2.1. Inexistencia general |
| 1.1.1. Interiorización       | 2.2. Inexistencia.        |
| 1.2. Violencia verbal        | Cambio adultez            |
| 1.3. Violencia física        | 2.3. Inexistencia.        |
| 1.4. Roles de género         | Ocultación                |
| 1.5. Aislamiento             | 2.4. Inexistencia. Género |

### Ámbito escolar

En lo relativo a la evidencia de homofobia y lesbofobia en el ámbito escolar, tanto gays como lesbianas afirmaron su existencia tanto de forma ex-



plícita –como se muestra abajo– como de forma general no especificada (“Donde yo creo que más discriminación he sufrido fue de pequeño, en el colegio” (G3, E30, R, 1.1.3-1.4), e incluso justificando tales hechos en razón de una homofobia interiorizada, esto es, como la aversión que experimenta un homosexual hacia su propia homosexualidad o hacia su manifestación abierta (FELGTB y COGAM, 2013). Por ello, se observan respuestas del tipo “Lo típico que sucede en el colegio cuando tienes 12 o 14 años” (G1, E33, U, 1.8) o “El instituto por ser diferente”(G2, E30, U, 1.5).

Las manifestaciones que reflejan aspectos concretos remiten a cuatro tipos de violencia: verbal, física, relacionada con cuestiones o roles de género y aislamiento. Respecto a la violencia verbal –es decir, aquella de tipo psicológico mediante la cual el agresor agrede de manera verbal a la víctima, provocándole algún tipo de daño psicológico o emocional al dirigirle insultos, comentarios negativos, burlas, etc. (Katz-Wise y Hyde, 2012)–, la muestra la identifica con apostillas tales como “En la escuela decían que yo era maricón” (G2, E30, U, 1.6) y principalmente con insultos (L3, E32, U, 1.6; G1, E33, U, 1.8; L1, E33, U, 1.6-7). Así, un gay manifestó: “Y recibes los típicos insultos de marica o maricón, nenaza...” (G1, E33, U, 1.9-10). También se evidencian violencias de tipo físico: “Me atacaban y pegaban” (G2, E30, U, 1.6) y ataques por cuestiones relacionadas con roles de género, o sea, referentes a la identificación de determinadas prácticas o actividades asociadas a hombres o mujeres, tales como: “Por ir más con niñas que con niños” (G1, E33, U, 1.8-9) o “¿Por qué no juegas al fútbol?” (G1, E33, U, 1.9), así como a cuestiones relacionadas con el aislamiento, es decir, la violencia psicológica mediante la cual se aparta a la víctima, sin su deseo, de la vida social o comunitaria por parte de los compañeros (FELGTB y COGAM, 2013), sobre las cuales hubo manifestaciones como las que siguen: “Me hacían el vacío” (L3, E32, U, 1.6) o “No se querían relacionar y acercarse a mí... A las pocas chicas que si lo hacían las aislaban o les decían que también eran lesbianas” (L3, E32, U, 1.6-8). Por otro lado, también hubo respuestas asociadas a su no identificación, ya sea de forma general y explícita (“He tenido una buena relación con compañeros y superiores” (L4, E28, SU, 1.18) y “En el colegio tampoco” (L5, E40, U,

1.15), como asociada a determinados géneros o roles de género en lesbianas por parte de hombres, toda vez que el lesbianismo es menos reprobado por parte de los hombres heterosexuales: “Con los chicos nunca me pasó esto” (L3, E32, U, 1.9), a la ocultación de la condición sexual: “No había hecho pública mi orientación, por lo que no he sufrido discriminación” (L4, E28, SU, 1.16-17); “Nunca lo exterioricé” [L5, E40, U, 1.15]), e incluso a su disminución o a no vivirla en etapas más adultas: “Cuando empecé en la universidad este tipo de actitudes cambiaron” (L3, E32, U, 1.8-9), siendo la mayor parte de los sujetos que identificaron este tipo de respuestas quienes manifestaron que durante ese periodo no habían declarado su homosexualidad.

### Ámbito laboral

Tomando como referencia la categoría relacionada con el ámbito laboral, es decir, la violencia sufrida en el trabajo por parte de compañeros, superiores u otras personas mientras la víctima desarrolla su actividad laboral (COGAM, 2008; FELGTB y COGAM, 2013), también se identifica su existencia, tanto en gays como en lesbianas, así como su no identificación en estas últimas: “En el ámbito laboral nunca he pasado nada malo” (L5, E40, U, 1.14).

En las manifestaciones homóforas en dicho ámbito se identificaron cuatro categorías (Tabla 2). En primer lugar, su identificación general no especificada (“Porque no digo que soy lesbiana” (L4, E28, SU, 1.18-19). También se observan cuestiones relativas a su existencia y la ocultación de la orientación sexual por parte de la muestra por temor a represalias de carácter homofóbico. Así, por ejemplo, un sujeto señala: “Debo ocultar ese hecho en muchas ocasiones” (L4, E28, SU, 1.20). Por otro lado, se identifica una categoría relativa a cuestiones vinculadas también a roles o estereotipos de género, masculinidades y diversidad sexual, como

**Tabla 2.** Categorías identificadas en el ámbito laboral.

| 1. Existencia                | 2. No identificación |
|------------------------------|----------------------|
| 1.1. General no especificado |                      |
| 1.2. Ocultamiento            | 2.1. Aceptación      |
| 1.3. Violencia verbal        | 2.2. Ocultación      |
| Roles/Cuestiones de género   |                      |



por ejemplo: “En el trabajo, al tener un jefe también muy macho” (G2, E30, U, 1.8) o “Como ahora, trabajando” (las mujeres son menos propensas a tener este tipo de actitudes) (G3, E30,R, 1.18). Y asimismo violencia de tipo verbal, es decir, psicológica (L1, E33, U, 1.16-18), especialmente en lesbianas, tales como: “Recibo comentarios jocosos al respecto y a mis espaldas” (L4, E28, SU, 1.20).

### Ámbito familiar

Tomando en consideración la homolesbofobia en el ámbito familiar, se observa que se manifestaron actitudes al respecto en cinco sujetos, de los cuales dos eran gays y tres lesbianas. Las categorías identificadas hacen referencia a cinco aspectos: violencia verbal, violencia psicológica, violencia emocional, no aceptación y aislamiento.

La violencia de tipo verbal remite a insultos, burlas, insinuaciones, gritos y demás (“Hay miembros de mi familia no cercanos que no respetan” (L4, E28, SU, 1.14) y “En la familia a veces hacen comentarios e insultos” (G2, E30, U, 1.5). También se observa la violencia de tipo psicológico, entendida como un acto o una omisión que daña la estabilidad psicológica; puede consistir en negligencia, abandono, descuido reiterado, celotipia, devaluación, marginación, indiferencia, comparaciones destructivas, rechazo y otros (Betron y González, 2009). La misma pudo identificarse en expresiones como las siguientes: “Tenía un familiar que para atacarme e infravalorarme usaba mi condición sexual” (L1, E33, U, 1.9). También se identificaron algunos aspectos asociados a la violencia emocional, como el hecho de hacer sentir mal a la víctima mediante acciones y actitudes que tienen como fin humillarla o ejercer control sobre la misma, generando así sentimientos de angustia e inseguridad. Se emplean la intimidación, las amenazas, la manipulación, las acusaciones falsas, la vigilancia, la persecución o el aislamiento (COGAM, 2008; Katz-Wise y Hyde, 2012). Así, una participante manifestó: “Mi madre, cuando se enteró, se echó a llorar y se avergonzaba” (L1, E33, U, 1.9-10).

Por otro lado, dos participantes que se identificaron como gays señalaron que en sus familias se exteriorizaba el rechazo a su condición sexual y se les discriminaba, lo que se categorizó como “no aceptación”: “En mi familia no aceptaban mi orientación y esto me ha originado problemas”

(G2, E30,U, 1.7), o “En la familia también he sufrido discriminación” (G3, E30, R, 1.23-24).

Finalmente, dentro de este ámbito se identificaron otros aspectos referidos al aislamiento ejercido por parte de la institución familiar hacia el sujeto participante, concretamente la violencia psicológica, mediante la cual se aparta a la víctima, sin su deseo, de la vida social y familiar (FELGTB y COGAM, 2013). Así, algunos participantes expresaron lo siguiente: “No por la más directa, pero sí por tíos y primos, que me han dejado de hablar” (G3, E30, R, 1.24-25), o “En la familia sí he tenido algo de rechazo” (L5, E40, U, 1.15-16).

### Ámbito social

En el ámbito social, esto es, la homolesbofobia manifestada en el círculo de amistades o conocidos, en la muestra se distinguieron dos tipos de sujetos: por un lado, quienes no identificaron evidencias de la misma en general o en determinados círculos, y quienes si lo hicieron en general (Tabla 3).

**Tabla 3.** Categorías identificadas en el ámbito social.

| No identificación (total o parcial)                               | Existencia  |
|---|---|
| Círculo próximo<br>Género<br>Evolución sociedad<br>Cambio adultez | General no especificado<br>Por la noche de fiesta<br>Violencia verbal<br>Violencia física<br>Roles de género<br>Aislamiento<br>Prejuicios<br>Miedo<br>Rechazo |

Dentro del grupo que declaró no identificarla (total o parcialmente) se elaboraron cuatro categorías. En primer lugar, quienes señalaron que la homolesbofobia no se manifestaba en su círculo más próximo: “Yo creo que, en general, cuando alguien es de tu círculo más cercano y te conoce y ve que eres una persona normal, es más liberal y hace menos comentarios o [tiene] actitudes homófobas” (G3, E30, R, 1.15-17). También hubo sujetos que indicaron que la homolesbofobia se evidenciaba o no dependiendo del sexo o de la edad de las personas, identificándose, en el primer caso, manifestaciones tales como la que sigue: “Yo lo que sí noto es que las mujeres son menos propensas a tener este tipo de actitudes en la época escolar” (G3, E30,

R, 1.17-18) y, en el segundo: “La gente, cuando es adulta, yo creo que se cohíbe más, disimula y lo hace más sutilmente” (G3, E30, R, 1.14-15).

También se observaron manifestaciones que indican que, aunque en el pasado si sufrían discriminación, con el paso de los años y la evolución de la sociedad eso ya no ocurre, o sucede en menor grado: “Yo, lo que noto, es que la sociedad evolucionó” (G3, E30, R, 1.18-19), o “Gracias que cada vez sucede menos” (G1, E33, U, 1.6-7).

Analizando al grupo que expresó haber tenido vivencias homolesbofóbicas en el ámbito social, del conjunto de relatos se distinguieron siete categorías (ver Tabla 3). Por un lado, ciertos participantes indicaron su existencia de forma general no específica: “No es que me sintiera muy discriminada” (L1, E33, U, 1.12). Otros identifican estas actitudes en determinados espacios o ambientes, tales como la vida nocturna o las citas en grupo: “Al salir de fiesta y estar con mi pareja o en compañía de acompañantes de mi mismo sexo” (L4, E28, SU, 1.5-6), o “Sobre todo de noche, cuando se está de fiesta” (G1, E33, U, 1.6).

Respecto a los tipos o manifestaciones de violencia manifestados por la muestra, se observó que la violencia verbal (FELGTB y COGAM, 2013; Katz-Wise y Hyde, 2012) fue la más señalada, sobre todo en la forma de insultos: “Pues algún insulto” (G1, E33, U, 1.6), “Un chico me dijo en varias ocasiones que le daba asco” (L1, E33, U, 1.11), “En forma de insultos” (G3, E30, R, 1.5), bromas: “Pero en mi grupo de amigos había uno que siempre hacía bromas que no eran muy agradables con respecto a las lesbianas” (L1, E33, U, 1.12-13), críticas: “Criticaba mi forma de vestir” (L1, E33, U, 1.14), comentarios ofensivos e insinuaciones: “Hay gente a la que le he escuchado decir comentarios ofensivos delante de mí” (G3, E30, R, 1.5-6), “Antes nos señalaban” (G3, E30, R, 1.19), “He escuchado murmullos” (L1, E33, U, 1.18; G3, E30, R, 1.5), cuchicheos (L1, E33, U, 1.19), risillas (G3, E30, R, 1.5), cuestionamientos de tipo sexual —especialmente en lesbianas—: “Cuestionaba el placer sin penetración” (L1, E33, U, 1.15), «Algún comentario sexual del tipo “Me gustaría verte con una chica” o ciertos temas sexuales» (L3, E32, U, 1.9-10), señalamientos en público, así como manifestaciones verbales asociadas a mitos o estereotipos vinculados al colectivo LGTBI: “He recibido comentarios en los que me han reco-

nocido que no consideran que una pareja lésbica pueda aportar una buena educación a sus hijos por la ausencia de figura paterna” (L4, E28, SU, 1.10-12), “Como que no somos personas normales” (G3, E30, R, 1.7), “Que tenemos una enfermedad” (G3, E30, R, 1.7), “Problemas psiquiátricos” (G3, E30, R, 1.7-8), “Que somos promiscuos” (G3, E30, R, 1.8), “Que tenemos una discapacidad” (G3, E30, R, 1.8). o “Que somos más débiles” (G3, E30, R, 1.8-9).

Por otro lado, también se manifiestan otros aspectos que se han categorizado como relativos a la violencia física, es decir, al uso de la fuerza contra la víctima que pudiera dañar la integridad física (FELGTB y COGAM, 2013; Katz-Wise y Hyde, 2012). Indican, por ejemplo: “Cuando íbamos a una discoteca gay, nos escupían” (G3, E30, R, 1.20), “Nos perseguían” (G3, E30, R, 1.20), “Al besar a un chico por la noche en la calle, un señor que pasaba y que nos vio se acercó y nos quería pegar” (G3, E30, R, 1.21-22), o «Íbamos de paseo mi chica y yo [...] agarradas de la mano; nos paramos para darnos un abrazo y un beso y nos aparecieron por detrás dos chicos [...] se pararon justo detrás nuestro y nos dijeron: “Qué hacéis, en nuestro país esto no”. Eran rumanos. Les dijimos: “¿Qué dices, tío? [...] Y el tío, sin decir una palabra más, le metió [a mi pareja] un puñetazo que casi le quita la cabeza del sitio» (L5, E40, U, 1.5-11).

Asimismo, se observaron manifestaciones categorizadas como “aislamiento” (Betron y González, 2009; Katz-Wise y Hyde, 2012) por parte del grupo, tales como: “No se han tenido en cuenta mis opiniones en determinados grupos culturales y sociales” (L4, E28, SU, 1.12-13), o “Nos hacen sentir incómodos al estar ahí, en vestuarios en el colegio” (G3, E30, R, 1.10-11).

También se apreciaron actitudes discriminatorias por cuestiones relativas a los roles de género o sexuales, es decir, mediante manifestaciones sexistas o a estereotipos de género no identificados en las víctimas, o a través de aspectos que la muestra señaló: “Diciendo que era muy masculina” (L1, E33, U, 1.14), “Decía que era muy macha” (L1, E33, U, 1.14) o “Dijo que somos como las mujeres” (G3, E30, R, 1.9).

Ciertos entrevistados dijeron que en el nivel social se aprecian ciertos estereotipos, mitos o prejuicios del tipo: “Hay gente que asocia el ser gay con tener enfermedades de transmisión sexual”

(G3, E30, R, 1.22-23), o “Que somos promiscuos” (G3, E30, R, 1.23). Otros manifestaron tener miedo por experiencias pasadas de violencia que han repercutido en su vida actual. Así, por ejemplo, una participante indicó que “Desde ese día no volví a agarrar a una chica de la mano por miedo” (L5, E40, U, 1.13). Finalmente, cabe destacar lo señalado por una mujer lesbiana: “Donde hay más [rechazo percibido] es en el círculo social, especialmente por mujeres” (L5, E40, U, 1.16).

### Otros ámbitos

Por último, se identificaron otras circunstancias o manifestaciones que se agruparon bajo la categoría de “otros ámbitos”. Dentro de este apartado se evidenciaron dos subcategorías: una relativa al reconocimiento personal –referido a un periodo en que los participantes no identificaban su sexualidad: “En aquel momento no sabía que yo lo era” (L1, E33, U, 1.7) y otra que alude a la discriminación u homofobia ejercida desde el ámbito gubernamental. Dentro de este aspecto se distinguen dos cuestiones; por un lado, la falta de derechos o su no reconocimiento, y, por otro, la negación o no tener acceso a determinados servicios. Así, los participantes hicieron señalamientos como los siguientes: “No tenemos los mismos derechos que un heterosexual” (L2, E23, U, 1.5), “La violencia de género no se tiene en cuenta entre parejas del mismo sexo, y si llamas, no tienen en cuenta tu caso” (L4, E28, SU, 1.7-9), “Se nos dificulta el acceso a determinados sitios o espacios” (G3, E30, R, 1.9-10) o “No hay plataforma ni teléfono al que acudir” (L4, E28, SU, 1.8).

## DISCUSIÓN

Los resultados de esta investigación (96 comentarios categorizados) evidencian la existencia de actitudes homofobas hacia gays y lesbianas en la provincia española de Ourense en todos sus ámbitos (escolar, laboral, familiar, social, interiorizada y gubernamental). Respecto a los ámbitos en los que se produce más comúnmente la violencia homofóbica, los resultados indican que el principal es el ámbito social (52.08%), más que cualquier otro. Asimismo, se observa que en el resto de los

grupos o ámbitos las referencias a aquélla representan 22.92% en el escolar, 10.42% en el familiar, 9.37% en el laboral y 5.2% en otros.

Respecto a los tipos o manifestaciones más comunes en cada ámbito, fueron la violencia verbal y la violencia emocional las más reportadas. No obstante, en casi todos los niveles se manifestaron la violencia física, el aislamiento y otros aspectos vinculados a los roles de género. Comparando estos resultados con los de estudios precedentes, se observa que son similares a los de Ortiz y Granados (2003), Betron y González (2009), Katz-Wise y Hyde (2012) y Rodríguez et al. (2013), en los cuales la violencia de tipo psicológico-emocional fue superior a la física y sexual, siendo los ámbitos social y escolar los principales focos de homofobia. Por otro lado, al igual que lo hallado por Betron y González (2009), la muestra del presente estudio también identificó la homofobia producida en el ámbito gubernamental mediante la negación, la inexistencia de determinados derechos y el impedimento para acceder a ciertos servicios.

En referencia al espacio geográfico, cabe destacar que no fue posible constatar que la pertenencia a espacios rurales, urbanos o semiurbanos haya resultado ser una variable determinante entre los participantes, ya que el tamaño de la muestra no permite hacer generalizaciones. Sin embargo, se pudo identificar en todos los entrevistados de tales lugares de residencia distintos tipos de homofobia, lo que concuerda con los datos de Sánchez (2011) y Rodríguez et al. (2013). Respecto a la edad de los participantes, todos ellos dijeron ser víctimas de distintos tipos de ataque, aunque, debido al tamaño de la muestra, no fue posible determinar si la misma es un factor determinante en la homofobia, como indican algunos estudios (AVP, 2015; Betron y González, 2009; Katz-Wise y Hyde, 2012). Pese a ello, los participantes de mayor edad señalaron que a través de los años los ataques homofobos son cada vez menos frecuentes y de menor intensidad, lo que evidencia el cambio de conciencia social y la sensibilización comunitaria al respecto. Algo semejante ocurre en cuanto al ámbito geográfico.

También se ponen de manifiesto las repercusiones que tienen el temor a los ataques homofobos y la interiorización de la homofobia (homofobia interiorizada) en el comportamiento

de gays y lesbianas, especialmente en lo referente a desvelar la orientación sexual o en demostrar afecto en público (sobre todo entre las lesbianas), lo que responde al objetivo específico planteado acerca de las repercusiones el temor a los ataques homófobos en el comportamiento de gays y lesbianas, así como en su calidad de vida (Barrientos, 2005; Barrientos y Cárdenas, 2013). Lo anterior también se evidencia en las investigaciones de COGAM (2008), FELGTB y COGAM (2013) y AVP (2015).

Finalmente, cabe destacar que, comparando la percepción que tienen gays y lesbianas sobre la homolesbofobia, se observa que las lesbianas reportan sufrir mayores niveles de homofobia en

el ámbito social, laboral y familiar, mientras que los gays indican una mayor violencia en el ámbito escolar. Comparando estos resultados con otras investigaciones, se ve que sucede aquí lo contrario a lo expuesto por COGAM (2008), FELGTB y COGAM (2013) y Katz-Wise y Hyde (2012), quienes indican que la homofobia es superior a la lesbofobia.

Los resultados y conclusiones a las que se llegó mediante el análisis cualitativo realizado ponen de manifiesto la necesidad de continuar trabajando en la erradicación de la homolesbofobia de la sociedad y sensibilizar a los actores en los distintos ámbitos o espacios donde se presente.

## REFERENCIAS

- Agencia de Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2009). *Homofobia y discriminación por motivos de orientación sexual e identidad de género en los Estados miembros de la Unión Europea: Informe de síntesis*. Viena: Oficina de Publicaciones FRA.
- Alonso, N. y Trillo, D. (2014). Mujeres en zonas rurales: una propuesta de empleabilidad por medio del emprendimiento. En O. Fernández (Coord.): *Mujeres en riesgo de exclusión social y violencia de género* (pp. 399-413). León (España): Universidad de León.
- Álvarez G., J.L. (2000). Homosexualidad. En J. L. McCary, S. McCary, J. L. Álvarez G., C. del Río y J. L. Suárez (Eds): *Sexualidad humana* (pp. 295-312). México: El Manual Moderno.
- Anti-Violence Project (AVP) (2015). *Reports on lesbian, gay, bisexual, transgender, queer and HIV-affected hate violence*. Disponible en línea: <http://www.avp.org/resources/reports/term/summary>.
- Ayuntamiento de Barcelona (2011). *Contra la homofobia: Políticas locales de igualdad por razón de orientación sexual y de identidad de género. Libro Blanco Europeo*. Barcelona: El Tintero.
- Barrientos, J. (2005). *Calidad de vida: bienestar subjetivo*. Santiago de Chile: Ediciones UDP.
- Barrientos, J. y Cárdenas, M. (2013). Homofobia y calidad de vida de gay y lesbianas: una mirada psicosocial. *Psyche*, 22(1), 3-14.
- Betron, M. y González F., E. (2009). *Gender identity, Violence, and HIV among MSM and TG: A literature review and a call for screening*. Washington, D.C.: Futures Group International, USAID.
- Blumenfeld, W.J. (1992). *Homophobia: How we all pay the price*. Boston, MA: Beacon Press.
- Bonilla M., Y.C. y Beltrán, J.L. (2010). *Expresiones de los jóvenes homosexuales frente a la discriminación al interior de su círculo social*. Trabajo de Grado para obtener el título de Licenciadas en Lenguas Modernas. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. Disponible en línea: <http://repository.javeriana.edu.co/bitstream/10554/12229/1/BonillaMeloYuryConstanza2010.pdf>.
- Borrillo, D. (2001). *Homofobia*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Butler, J. (1999). Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do "sexo". En G. LópesLouro, (Ed.): *O corpo educado: pedagogias da sexualidade* (pp. 153-172). Belo Horizonte: Autêntica.
- Butler, J. (2002). *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*. Buenos Aires: Paidós.
- Butler, J. (2003). *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Campo A., A. y Herazo, E. (2013). Homofobia en estudiantes de trabajo social. *Salud Uninorte*, 29(1), 96-103.
- Cañas, D. (2009). Homofobia y mundo rural. *Lanza Digital*, N° 6255, viernes 4 de marzo de 2016. Disponible en línea: [http://lanzadigital.com/news/show/opinion/homofobia\\_y\\_mundo\\_rural/3754](http://lanzadigital.com/news/show/opinion/homofobia_y_mundo_rural/3754).
- Castells, M. (1999). *O poder da identidade*. São Paulo: Paz e Terra.
- Chakrapani, V.P., Babu, T. Ebenezer (2002). Hijras in sex work face discrimination in the Indian health-care system. *Journal of Sex Work*, June, 7, 12-14.
- Chakrapani, V.P., Newman, M.S., McLuckie, A. y Melwin, F. (2007). Structural violence against kothi –identified men who have sex with men in Chennai, India: A qualitative investigation. *AIDS Education and Prevention*, 19(4), 346-364.



- Chamberland, L. y LeBetron, C. (2012). Réflexions autour de la notion d'homophobie: Succès politique, malaises conceptuels et application empirique. *Nouvelles Questions Féministes*, 31(1), 27-43.
- Christensen, M. (2005). Homophobia in nursing: A concept analysis. *Nursing Forum*, 40, 60-71.
- Cochran, S.D. y Mays, V.M. (2000). Lifetime prevalence of suicide symptoms and affective disorders among men reporting same-sex sexual partners: Results from NHANES III. *American Journal of Public Health*, 90, 573-578.
- Cochran, S.D., Keenan, C., Schober, C. y Mays, V.M. (2000). Estimates of alcohol use and clinical treatment needs among homosexually active men and women in the U.S. population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1062-1071.
- Colás, P. (1998). El análisis cualitativo de datos. En L. Buendía, P. Colás y F. Hernández (Eds.): *Métodos de investigación en psicopedagogía* (pp. 288-313). Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España.
- Colectivo de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales de Madrid (COGAM) (2008). *Sondeo de SOS-Homofobia 2008*. Disponible en línea: <http://www.cogam.org/secciones/stop-homo-transfobia/documentos/i/429153/492/resultados-del-sondeo-de-sos-homofobia-2008>.
- Cruz S., S. (2002). Homofobia y masculinidad. *El Cotidiano*, 18(113), 8-14. Disponible en línea: <http://www.redalyc.org/pdf/325/32511302.pdf>.
- De la Cuadra, J.P., Sánchez A., R.R., Ries, F. y Macías G., R. (2013). Homofobia, heterosexismo y educación física: percepciones del alumnado. Profesorado. *Revista de Currículum y Formación de Profesorado*, 17(1), 325-338.
- De la Rubia, J.M. y Valle de la O., A. (2011a). Validación de la Escala Mexicana de Homofobia EHF-6. *Psicología Iberoamericana*, 19(1), 80-88.
- De la Rubia, J.M. y Valle de la O., A. (2011b). Escala de Actitudes hacia Lesbianas y Hombres Homosexuales (ATLG) 2. Distribución y evidencias de validez. *Nova Scientia*, 4(1), 153-171.
- De la Rubia, J.M. y Valle de la O., A. (2012). Unidimensional en la Escala de Homofobia EHF. *Ciencia UANL*, 15(57), 73-80.
- Díaz R., M., Ayala, G., Bein, E., Henne, J. y Marin, B.V. (2001). The impact of homophobia, poverty, and racism on the mental health of gay and bisexual Latino men: Findings from 3 US cities. *American Journal of Public Health*, 91, 927-932.
- Erinbon, D. (1999). *Reflexiones sobre la cuestión gay*. Barcelona: Anagrama.
- España, A., Guerrero, A., Farré, J.M., Canella, J. y Abós, R. (2001). La homofobia en el medio universitario. Un estudio empírico. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 57(1), 41-55.
- Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Transexuales y Bisexuales (FELGTB) y Colectivo de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales de Madrid (COGAM) (2013). *Estudio 2013 sobre discriminación por orientación sexual y/o identidad de género en España*. Disponible en línea: <http://www.felgtb.org/rs/2447/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/bd2/filename/estudio-2013-sobre-discriminacion-por-orientacion-sexual-y-o-identidad-de-genero-en-espana.pdf>.
- Fernández, L. (2005). La homofobia arruina vidas: no lo permitamos. *Diversidad*, 12, 1-9. Disponible en línea: [https://www.es.amnesty.org/uploads/tx\\_useraitypdb/diversidad12\\_08.pdf](https://www.es.amnesty.org/uploads/tx_useraitypdb/diversidad12_08.pdf).
- Fernández M., C. (2013). Homofobia en clave masculina. Consideraciones para la intervención psicopedagógica en el contexto escolar. *Apuntes de Psicología*, 31(1), 21-28.
- Fernández Á., O. (Coord.) (2014). *Mujeres en riesgo de exclusión social y violencia de género*. León (España): Universidad de León.
- Fernández R., N.; Carcedo, R.J. y Cantero, P. (2013). Bienestar de las mujeres lesbianas en el medio rural: un estudio exploratorio. *Revista de Investigación en Psicología*, 16(2), 125-138.
- Fone, B. (2009). *Homofobia. Una historia*. México: Océano.
- Goffman, E. (1963). *Stigma*. London: Penguin.
- Herek, G.M. (2000). The psychology of sexual prejudice. *Current Directions in Psychological Science*, 9, 19-22.
- Herek, G.M. (2004). Beyond "homophobia": Thinking about sexual prejudice and stigma in the twenty-first century. *Sexuality Research and Social Policy*, 1(2), 6-24.
- Herek, G.M. (2007). Confronting sexual stigma and prejudice: theory and practice. *Journal of Social Issues*, 63, 905-925.
- Herek, G.M. y González R., M. (2006). Attitudes toward homosexuality among U. S. residents of Mexican descent. *The Journal of Sex Research*, 43(2), 1-25.
- Hernández, C. y Aguilera, E. (2007). La homofobia desde el Estado y la sociedad atenta contra los derechos humanos. *Revista d'Estudis de la Violència*, 1(3), 1-22.
- Hernández D., M. (2013). El impacto de la inclusión de la orientación sexual e identidad de género en el ámbito laboral. *Revista Jurídica UIPR*, 48(1), 373-727.
- Hidaka, Y. y Operario, D. (2006). Attempted suicide, psychological health and exposure to harassment among Japanese homosexual, bisexual or other men questioning their sexual orientation recruited via the internet. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, 962-967.
- Human Rights Watch (2003). *Ravaging the vulnerable: Abuses against persons at high risk of HIV infection in Bangladesh*. New York: Human Rights Watch.



- Human Rights Watch (2004a). *In a time of torture: The assault on justice in Egypt's crackdown on homosexual conduct*. New York: Human Rights Watch.
- Human Rights Watch (2004b). *Hated to death: Homophobia, violence, and Jamaica's HIV/AIDS epidemic*. New York: Human Rights Watch.
- Human Rights Watch (2006). *Sexual cleansing' drive continues: New arrests of transgender people, HIV workers*. New York: Human Rights Watch.
- International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association (ILGA) (2013). *Mapa de los derechos de lesbianas y gays en Europa*. Disponible en línea: <http://www.cogam.org/secciones/derechos-humanos/documentos/i/1126300/146/mapa-de-los-derechos-de-lesbianas-y-gays-en-europa-reverso>.
- Katz-Wise, L. y Hyde, S. (2012). Victimization: Experiences of lesbian, gay, and bisexual individuals: A meta-analysis. *Journal of Sex Research*, 49(2-3), 142-167.
- Kennedy, H. (1996). Johann Baptist von Schweitzer: The queer Marx loved to hate. *Journal of Homosexuality*, 29(2-3), 69-96.
- Lamberg, L. (1999) Gay is okay with APA – forum honors landmark 1993 events. *Journal of the American Medical Association*, 280, 97-99.
- Lozano, I. y Rocha, T.E. (2011). La homofobia y su relación con la masculinidad hegemónica en México. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 22(2), 101-121.
- Marchueta, A. (2014). Consecuencias del bullying homofóbico retrospectivo y los factores psicosociales en el bienestar psicológico de sujetos LGB. *Revista de Investigación Educativa*, 32(1), 255-271.
- Maroto A., L. (2006). *Homosexualidad y trabajo social. Herramientas para la reflexión e intervención profesional*. Madrid: Siglo XXI.
- Marrero R., G. (2015). Homofobia: diagnóstico preliminar de un tema pendiente. *Sexología y Sociedad*, 21(1), 31-48.
- Mathy, R.M. (2002). Suicidality and sexual orientation in five continents: Asia, Australia, Europe, North America, and South America. *International Journal of Sexuality and Gender Studies*, 7, 215-225.
- Maya, V. (2008). *Mujeres rurales: estudios multidisciplinares de género*. Salamanca (España): Universidad de Salamanca.
- Mays, V.M. y Cochran, S.D. (2001). Mental health correlates of perceived discrimination among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *American Journal of Public Health*, 91, 1869-1876.
- Méndez R., P. (2015). La homofobia como elemento clave del acoso escolar homofóbico. Algunas voces desde Rivas Vaciamadrid. *Información Psicológica*, 94, 71-83.
- Mercado, J. (2009). Intolerancia a la diversidad sexual y crímenes por homofobia. Un análisis sociológico. *Sociología*, 24(69), 123-156.
- Meyer, I.H. y Dean, L. (1998). Internalized homophobia, intimacy and sexual behavior. En G. M. Herek (Ed.): *Stigma and sexual orientation. Understanding prejudice against lesbian, gay men, and bisexuals* (pp. 160-186). Thousand Oaks: CA: Sage.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129, 674-697.
- Millán, J.C. (2004). *Exclusión social y políticas activas para la inclusión*. A Coruña (España): I.G.I.S.S.
- Montero, I. y León, O.G. (2007). A guide for naming reseacher studies in Psychology. *Instrumental Journal of Clinical and Heath Psychology*, 7, 847-862.
- Neman Do N., M. A. (2010). Homofobia e homofobia interiorizada: produções subjetivas de controle heteronormativo? *Revista de Pensamiento e Investigación Social*, 1(17), 227-239.
- Noreña A., L., Alcázar M., N., Rojas J., G. y Rebolledo M., D. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichán*, 12(3), 263-274.
- Onyango-Ouma, W., Birungi, H., Geibel, S. (2005). *Understanding the HIV/STI risks and prevention needs of men who have sex with men in Nairobi, Kenya. Horizons final report*. Washington, D.C.: Population Council.
- Ortiz H., L y Granados J., A. (2003). Violencia hacia bisexuales, lesbianas y homosexuales de la Ciudad de México. *Revista Mexicana de Sociología*, 45(2), 265-303.
- Osma, J. (s.f.). *Víctimas de la homofobia: consecuencias psicológicas*. Disponible en línea: [http://www.acgil.org/documents/246\\_documents\\_Victimasmelahomofobia,JorgeOsma.pdf](http://www.acgil.org/documents/246_documents_Victimasmelahomofobia,JorgeOsma.pdf).
- Otero L., M. (2014a). Lesbianismo, lesbofobia y violencia en pareja. En O. Fernández (Coord.): *Mujeres en riesgo de exclusión social y violencia de género* (pp. 261-270). León (España): Universidad de León.
- Otero L., M. (2014b). *Retos educativos en el desarrollo local: percepción educativa de alumnado, familias y agentes sociales en la Comarca de Verín*. Munich: GRIN.
- Otero L., M. (2015). Nivel de homofobia y lesbofobia en profesionales del ámbito social de la provincia de Ourense. *Documentos de Trabajo Social*, 54, 45-61.
- Otero L., M., Carrera M., V., Lameiras, M. y Rodríguez C., Y. (2015). Violence in transexual, transgender and intersex couples: A systematic review. *Saúde e Sociedade*, 24(3), 914-935.
- Oviedo H., C., Herazo, E. y Campo A., A. (2015). Correlación entre homofobia y racismo en estudiantes de medicina. *Revista de*

*Docencia Universitaria*, 13(1), 181-202.

- Pérez B., C.I., O'Brien, W.H., Carels, R.A., Gordon, A.K. y Chiros, C.E. (2007). Cardiovascular correlates of disclosing homosexual orientation. *Stress & Health*, 23, 141-152.
- Pescos E., A. y Smart-Richman, L. (2009). Perceived discrimination and health: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 135, 531-554.
- Platero, R. (2007). ¡Maricón el último! Docentes que actuamos ante el acoso escolar. *Revista d'Estudis de la Violència*, 1(3), 1-14.
- Platero, R. (2008). La homofobia como elemento clave del acoso escolar homofóbico: algunas voces desde Rivas Vaciamadrid. *Información Psicológica*, 1(94) 71-83.
- Rich, A. (1996). Heterosexualidad obligatoria y existencia lesbiana. *Revue d'Estudis Feministes*, 10, 45-42. Disponible en línea: <http://www.mpisano.cl/psn/wp-content/uploads/2014/08/Heterosexualidad-obligatoria-y-existencia-lesbiana-Adrienne-Rich-1980.pdf>.
- Richards, A., Noret, N. y Rivers, I. (2003). Violence and abuse in same-sex relationship: A review of literature. *Social Inclusion and Diversity Paper n° 5*. York, UK: St. John College, School of Sports Science and Psychology.
- Rodríguez C., Y., Lameriras F., M., Carrera F., V. y Vallejo M., P. (2013). Validación de la Escala de Homofobia Moderna en una muestra de adolescentes. *Anales de Psicología*, 23(2), 523-533.
- Rose, L. (1994). Homophobia among doctors. *British Medical Journal*, 308(1), 586-587.
- Sánchez, V. (2011). *Estereotipos de género: un estudio en el ámbito rural de Salamanca*. Trabajo final de Máster en Estudios Interdisciplinarios de Género. Salamanca (España): Universidad de Salamanca. Disponible en línea: [http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/100932/1/TFM\\_EstudiosInterdisciplinariosGenero\\_SanchezCastilla\\_V.pdf](http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/100932/1/TFM_EstudiosInterdisciplinariosGenero_SanchezCastilla_V.pdf)
- Sandín M., P. (2003). *Investigación cualitativa en educación: Fundamentos y tradiciones*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España.
- Secretaría Política Social e Igualdad de la Confederación Sindical de Comisiones Obreras de Madrid (2015). *Día Internacional contra la Lesbofobia, la Homofobia, la Transfobia y la Bifobia (LGTBifobia)*. Madrid: CCOO. Disponible en línea: <http://www.ccoo.es/cms/g/public/o/4/o36094.pdf>.
- Serrano, F.J., Gómez, A., Amat, L.M. y López, A. (2012). Aproximación a la homofobia desde la perspectiva de los estudiantes de Educación Social de la Universidad de Murcia. *Tejuelo*, 1(6), 74-88. Disponible en línea: <http://iesgtballester.juntaextremadura.net/web/profesores/tejuelo/vinculos/articulos/mon06/05.pdf>.
- Tin L., G. (2008). *El rostro múltiple de la homofobia*. La Habana: Centro Nacional de Educación Sexual de Cuba. Disponible en línea: <http://www.cenesex.sld.cu/webs/diversidad/rostro%20homofobia.htm>.
- Valles M., S. (2000). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Síntesis.
- Vélez P., L. (2006). *Homofobia y mundo del trabajo*. El Viejo Topo, 217, 43-51.
- Walsh, A.L. y Crepeau, E.B. (1998). My secret life: The emergence of one gay man's authentic identity. *American Journal of Occupational Therapy*, 52(7), 563-569.
- Weinberg, G. (1972). *Society and the healthy homosexual*. New York: St. Martin's Press.
- Youbi, G. (2014). Discriminación y desigualdad de género en la sociedad rural de Malawi. En O. Fernández, (Coord.): *Mujeres en riesgo de exclusión social y violencia de género* (pp. 167-176). León (España): Universidad de León.

# Construcción y validación de un instrumento de conciencia de enfermedad para personas con sobrepeso u obesidad exógenas

## *Construction and validation of an inventory of awareness for exogenous overweight and obese persons*

*Liliana Rivera Fong y Angélica Riveros Rosas<sup>1</sup>*

### RESUMEN

Aproximadamente 70% de la población mexicana padece sobrepeso u obesidad, sin que necesariamente se reconozca a tales condiciones como problemas de salud o se tenga conciencia de que son enfermedades. En consecuencia, se propuso construir y validar un instrumento para evaluar dicha conciencia en adultos mexicanos de la Ciudad de México con sobrepeso u obesidad exógena. El estudio fue realizado en dos etapas o fases: una de tipo exploratorio (basado en redes semánticas), y otra de tipo muestral. Se presentan evidencias sobre la fiabilidad y la validez estructural de dicho instrumento. En la fase inicial participaron 30 sujetos y se obtuvieron 352 definidoras que conformaron los 48 reactivos de la primera versión del instrumento. En la segunda fase participaron 240 sujetos, eliminándose 24 reactivos por su baja especificidad y capacidad discriminante. El instrumento final consta de 24 reactivos agrupados en cuatro factores y un indicador que correlacionan significativamente con la escala total. Cuenta con una fiabilidad adecuada que explica 64.9% de la varianza. Los datos obtenidos demuestran que el instrumento desarrollado es una medida válida y confiable para evaluar la conciencia de enfermedad en personas con sobrepeso u obesidad exógena.

**Palabras clave:** Conciencia de enfermedad; Sobrepeso; Obesidad; Validez; Confiabilidad.

### ABSTRACT

*Approximately 70% of Mexicans are either overweight or obese. Disease consciousness implies the self knowledge of health problems. In this context, the objective of the present study was to develop and validate an instrument to measure disease consciousness in obese or overweight adults from Mexico City. The study involved two phases: first, exploratory discourse analysis (based on semantic networks) and other involving actual sampling procedures. Results include evidence of reliability and validity of the questionnaire. The first phase involved thirty participants, leading to 352 initial words used as basis to conform the 48 items of the initial version of the questionnaire, and a total of 240 individuals participated in the second phase. Twenty-four items were eliminated because of low specificity and discriminability. The final instrument contained 24 items encompassing four dimensions and one separate additional indicator, all of which revealed a statistically significant correlation with the total scale. The instrument has an adequate reliability that explains 64.9% of the variance. Psychometric data obtained from the study show that the instrument provides valid and reliable measures of disease consciousness for individuals suffering from exogenous overweight and obesity.*

**Key words:** Awareness; Overweight; Obesity; Validity; Reliability.

---

<sup>1</sup> Sebastián Lerdo de Tejada No. 51, Col. Campamento 2 de Octubre, Del. Iztacalco, 08930 México, D. F., México, tel. (55)68-31-14-56, correo electrónico: lmeylenf@hotmail.com. Artículo recibido el 20 de agosto de 2015 y aceptado el 13 de enero de 2016.

## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014) define al sobrepeso y la obesidad como la acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud; de hecho, cada año fallecen alrededor de 3.4 millones de personas adultas como consecuencia de estas enfermedades, lo que las convierte en el sexto factor de riesgo de muerte en el mundo. Además, se les atribuye 44% de la carga de diabetes, 23% de cardiopatías isquémicas y entre 7 y 14% de algunos cánceres que, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2012), son tres de las causas principales de mortalidad en el país.

En adultos menores de 60 años, el sobrepeso y la obesidad se determinan a partir del índice de masa corporal (IMC), que es considerado un buen indicador antropométrico (WHO Expert Committee, 1995). Para su correcto diagnóstico en la población mexicana, la Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010 estableció en sus apartados 4.11 y 4.13 los valores aceptados por la Secretaría de Salud para el sobrepeso y la obesidad que, en la estatura baja (hombres < 1.60 m y mujeres < 1.50 m), son de > 23 y < 25 en el sobrepeso y de > 25 en la obesidad, mientras que en la estatura promedio son de > 25 y < 29.9 en el sobrepeso y de > 30 en la obesidad. Estos umbrales sirven de referencia para las evaluaciones individuales, pero se reporta que el riesgo de enfermedades crónicas aumenta progresivamente a partir de un IMC de 21 (Secretaría de Salud, 2010).

De acuerdo a su etiología, se pueden diferenciar dos tipos de sobrepeso y obesidad: endógenos, que son determinados por síndromes genéticos, causas endocrinológicas o psicológicas (trastornos de la conducta alimentaria *per se*) y otras causas patológicas, y exógenos, que son causados por un desequilibrio en la ingesta y el gasto calórico, así como por el sedentarismo (Chinchilla, 2005). Según datos de la OMS (2014), esta última es la causa fundamental del sobrepeso y la obesidad en el orbe.

En las últimas décadas se ha observado un aumento mundial en la incidencia y prevalencia de ambas condiciones; la OMS (2014) estimó que 35% de las personas adultas de 20 años o más

años tenían sobrepeso en el año 2008, y que 11% eran obesas. Sin embargo, en México el problema es más grave, ya que, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (cf. Gutiérrez et al., 2012), el número de personas en estas condiciones ha aumentado alarmantemente en los últimos años, y se estima que actualmente 73% de las mujeres y 69.4% de los hombres adultos padecen sobrepeso u obesidad.

Hay evidencia de que las personas que tienen estos problemas muestran un punto ciego en relación a su problema de peso al observarse que 71% de los sujetos que están en su peso ideal se sitúan a sí mismos en la categoría de peso correcto, y de igual forma 73% de las personas con sobrepeso se ubican adecuadamente; sin embargo, solo 15% de las personas obesas se identificaron como tales. Esta falta de conciencia podría ser mortal, ya que al no percibirse como obesas no prestan atención a las publicaciones sanitarias sobre esta condición y sus consecuencias (Charlotte, 2007), e incluso puedan incrementar su consumo calórico como una actitud desafiante (Ocampo y Pérez, 2010).

Así, al evaluar a las personas con obesidad en México se ha encontrado que sus creencias relacionadas a esta enfermedad manifiestan un sesgo al no identificarse como obesas y describirse como “gorditas” o “llenitas”, además de que subestiman los riesgos que conlleva el padecer obesidad; por otro lado, las personas obesas tienen una menor probabilidad de obtener trabajo y sufren un mayor rechazo familiar, lo que da cuenta de la falta de conciencia de enfermedad que tiene esta población y que puede ser uno de los factores que mantienen la alta prevalencia del sobrepeso y la obesidad.

Desde una perspectiva psiquiátrica, Vaz, Casado, Salcedo y Béjar (1994) definieron *conciencia de enfermedad* como el autoconocimiento de la condición de enfermedad; es decir, la medida de concordancia entre la percepción que el paciente tiene de sí mismo, comparada con la de su cultura o comunidad. Tal concepto se compone de cuatro factores: identificación de conductas no saludables que otros señalan en el sujeto; atribución de malignidad a dichas características; consideración de dichas características de malignidad como pro-



ducto de una enfermedad, y búsqueda de ayuda profesional. Así, la conciencia de enfermedad es un parámetro clínico que admite la existencia de diferentes grados y que puede variar en su intensidad a lo largo del tiempo.

En el campo de la psicología, el impacto que tiene la conciencia de enfermedad se explica a través del modelo de creencias de salud (Becker, 1974a; Janz y Becker, 1984; Maiman y Becker, 1974; Rosenstock, 1974), cuyo foco de atención inicial fue la prevención, pero que ha demostrado su utilidad en pacientes con sintomatología activa y asimismo para favorecer el cumplimiento de las recomendaciones médicas de cuidado de la salud (Becker, 1974a). El modelo propone que la conducta deriva principalmente de dos variables: el valor que el sujeto le atribuye a una meta determinada, y la estimación que ese sujeto hace de la probabilidad de que una acción dada logre esa meta, lo que se traduce en el deseo de evitar la enfermedad o de recuperar a salud y en creer que una conducta saludable específica puede prevenir la enfermedad, aumentar la probabilidad de recuperar la salud o disminuir el riesgo de empeorar y postergar las complicaciones (Maiman y Becker, 1974).

El modelo de creencias de salud ha sido ampliamente utilizado para predecir los cambios conductuales y desarrollar intervenciones, algunas de ellas enfocadas a disminuir las barreras percibidas para diversos problemas de salud, como el tabaquismo (Borrelli, Hayes, Dunsiger y Fava, 2010), la adecuada alimentación complementaria (Tariku, Whiting, Muluaem y Singh, 2015), la realización de estudios para la detección oportuna del cáncer de mama (Tuzcu, Bahar y Gözümlü, 2015) y la mejora de las estrategias de prevención del cáncer de mama en el personal de salud (Eskandari-Torbaghan, Kalan-Farmanfarma, Ansari-Moghaddam y Zarei, 2014).

Con base en este modelo se han creado diversos instrumentos de medición, como la Escala del Modelo de Creencias en Salud para personas con obesidad (Dedeli y Fadiloglu, 2011), la cual ha sido muy útil; no obstante, debido a su naturaleza enfocada en la salud, no incluye reactivos acerca de la percepción de los indicadores para considerar que una persona padece estas enfermedades, lo que impide evaluar el sesgo en la propia identificación como persona con sobrepeso u obe-

sidad; además, cuenta con una evaluación muy breve sobre el impacto actual que enfrenta la persona debido a estas enfermedades, lo que dificulta que dichos elementos puedan ser rescatados para su integración en un programa personalizado de intervención.

La importancia de evaluar la conciencia de enfermedad como un ente independiente recae en que si bien el modelo referido considera la percepción de vulnerabilidad a enfermar y la gravedad percibida del padecimiento, gran parte del problema de salud en el sobrepeso y la obesidad se puede atribuir al sesgo en la percepción de los indicadores de exceso de peso (Charlotte, 2007; Ocampo y Pérez, 2010), las creencias que subestiman los riesgos de estas enfermedades (Ocampo y Pérez, 2010) y la falta de búsqueda de ayuda profesional (Tol, Swinkels, De Bakker, Veenhof y Seidell, 2014), las cuales no son consideradas íntegramente en el modelo, pero que a través de la evaluación de la conciencia de enfermedad pueden contribuir a la comprensión de los factores que intervienen para fomentar un cambio en los pacientes.

Pese a lo anterior, no se cuenta en México con un instrumento válido que evalúe la percepción, las creencias y las conductas de las personas con sobrepeso u obesidad exógenas en relación a su enfermedad. Es por ello que el objetivo de este trabajo fue construir un instrumento de medición con propiedades psicométricas adecuadas para evaluar la conciencia de enfermedad en adultos con sobrepeso u obesidad exógena de la Ciudad de México.

## MÉTODO

### *Etapa 1. Diseño y construcción del instrumento*

#### **Participantes**

Se realizó un estudio piloto de datos exploratorios en una muestra por conveniencia de 30 sujetos (16 mujeres y 14 hombres), 14 de ellos con sobrepeso y 16 con obesidad, a quienes se abordó en lugares públicos, pesándolos y midiéndolos para obtener su IMC y corroborar así su condición. Todos ellos fueron residentes en la Ciudad de México, con edades comprendidas entre 18 y 65 años.



Para la selección de los sujetos, los investigadores abordaban a los sujetos en áreas públicas, independientemente de su complejión, y se les invitaba a participar en el estudio tras explicarles el objetivo, que era conocer el impacto que puede tener el peso en la vida de las personas. Quienes accedían a participar eran pesados, y solamente a aquellos que tenían un IMC mayor a 25 se les invitaba a contestar el instrumento; a quienes no cumplían con ese requisito se les agradecía su participación y se les explicaba que era un estudio dirigido especialmente a personas con sobrepeso u obesidad.

## Instrumento

Se tomó como base la definición de *conciencia de enfermedad* propuesta por Vaz et al. (1994), adaptándola al campo de psicología de la salud al definirla como el autoconocimiento de padecer un problema de salud (en este caso el sobrepeso y la obesidad), y que está determinada por cuatro factores básicos descritos en la Tabla 1, a partir de los cuales se diseñó un instrumento compuesto por una frase estímulo y una frase distractora para cada uno de estos factores, cuyo fin fue reducir el sesgo en la obtención de datos derivado de la deseabilidad social y el efecto Hawthorne<sup>2</sup> al identificar el objetivo de la investigación.

**Tabla 1.** Factores que comprenden la conciencia de enfermedad, número de reactivos originales y finales y frases estímulo.

| Dimensión – área          | Definición conceptual   | Frase estímulo utilizada                 |
|---------------------------|---|--|
| Cognición – Interpersonal | Identificación de características no saludables que otros sujetos perciben en él.                                 | “La obesidad puede causar...”            |
| Cognición – Personal      | Capacidad para considerar que la malignidad de esas características no saludables son producto de una enfermedad. | “Para que una persona sea obesa debe...” |
| Conducta – Personal       | Capacidad de reconocimiento de malignidad en características no saludables.                                       | “La obesidad es consecuencia de...”      |
| Conducta – Interpersonal  | Acciones tomadas en la búsqueda de ayuda profesional.   | “Una persona con obesidad necesita...”   |
| Frase distractora         | Evitar o prevenir que el sujeto responda con sesgo hacia un solo estímulo.  | “Comer sano es...”                       |

## Procedimiento

Hechas las invitaciones a participar de manera voluntaria, a quienes aceptaron colaborar se les presentaron consecutivamente cada una de las frases estímulo, solicitándoles que escribieran cinco palabras que evocaran o recordaran dichas frases, utilizando para ello sustantivos, verbos, adjetivos y adverbios. Hecho lo anterior, se les pidió que ordenaran cada una de las palabras asignándole el número 1 a aquella que definiera mejor el estímulo presentado, 2 al que lo expresara en segundo lugar, y así sucesivamente hasta terminar las cinco palabras. Las aplicaciones fueron hechas en forma individual y siguiendo los procedimientos propuestos por Reyes (1993).

## Etapa 2. Evidencia de fiabilidad y validez del instrumento

### Participantes

Se conformó una muestra no probabilística que se estimó considerando el criterio establecido por Nunnally y Bernstein (1994) de por lo menos cinco sujetos por cada reactivo; de esta forma, debido a que la primera versión contenía 48 reactivos, se incluyó a 240 adultos (110 con sobrepeso y 130 con obesidad), con un IMC promedio de 31.52 y

<sup>2</sup> El Efecto Hawthorne es una forma de reactividad psicológica por la que los sujetos de un experimento muestran una modificación en algún aspecto de su conducta como consecuencia del hecho de saber que están siendo estudiados, y no en respuesta a ningún tipo de manipulación contemplada en el estudio experimental.

una desviación estándar de 5.95, residentes en la Ciudad de México, de ambos sexos (151 mujeres y 89 hombres), con una media aritmética de 37.3 años y una desviación estándar de 12.58. Respecto al nivel educativo, los participantes contaban con la siguiente formación: 4 con educación primaria, 29 con secundaria, 72 con nivel medio superior, 24 con carrera técnica, 56 con licenciatura y 55 con posgrado. Los sujetos fueron abordados en diversos lugares públicos de gran afluencia al norte, sur y centro de la ciudad, procurándose así la diversidad de participantes.

### Instrumento

Para la evaluación de conciencia de enfermedad de las personas con sobrepeso u obesidad, se utilizaron las palabras definidoras que surgieron en la primera etapa del estudio para integrar un instrumento de 48 reactivos, con formato de respuesta tipo Likert pictórica.

### Procedimiento

Tras explicarles el objetivo del estudio, se invitó a participar en él, de manera voluntaria, a diversas personas. Una vez que aceptaron, se obtuvo su peso y estatura, con base en lo cual se calculó el IMC, el cual se registraba en el instrumento. Luego, se les solicitó que contestaran en su totalidad el instrumento de manera individual.

Los datos se analizaron mediante el programa estadístico SPSS, a través del cual se realizaron dos pruebas determinantes para la selección de reactivos: la *t* de Student para identificar la capacidad de discriminación de los reactivos entre grupos con puntuaciones extremas, y un análisis factorial exploratorio cuyo fin fue obtener la validez de contenido y la confirmación de los factores teóricos planteados en el plan de prueba para respaldar la validez de constructo.

## RESULTADOS

### *Etapas 1. Diseño y construcción del instrumento*

Del total de participantes, se obtuvieron 352 palabras definidoras (205 en personas con sobrepeso y

197 con obesidad) para las cuatro frases estímulo que correspondían a las cuatro dimensiones-áreas de la definición de conciencia de enfermedad. Los tamaños de red, esto es, el número de palabras definidoras para cada frase estímulo, fueron, a saber: 1) cognición-personal = 52 (31 en sobrepeso y 38 en obesidad); 2) cognición-interpersonal = 83 (49 en sobrepeso y 39 en obesidad); 3) conducta-personal = 69 (42 en sobrepeso y 39 en obesidad), y 4) conducta-interpersonal = 71 (42 en sobrepeso y 41 en obesidad).

De cada definidora se obtuvo su puntaje total o peso semántico a través de la suma de la ponderación de la frecuencia por la jerarquización asignada por los participantes. A la definidora con mayor peso semántico se le asignó 100% y se colocó en el núcleo de la red, a partir del cual se calculó la distancia semántica cuantitativa mediante una regla de tres en la que se multiplicó el peso semántico de cada definidora por 100 y se dividió entre el puntaje de peso semántico más alto. Para tomar una decisión sobre las definidoras que integrarían la primera versión del instrumento, se graficaron los pesos semánticos en forma descendente, considerándose como punto de corte aquel en que la curva se comenzara a comportar asintóticamente en relación con el eje X. De esta forma, del total de palabras definidoras para cada frase estímulo se seleccionaron solo las del núcleo de la red y con mayor peso semántico, construyéndose así la primera versión de instrumento, con un total de 48 reactivos (doce reactivos por cada factor), de los cuales seis fueron extraídos de las definidoras del total de participantes, tres de las personas con sobrepeso y tres de los participantes con obesidad.

### *Etapas 2. Validez y confiabilidad del instrumento*

Para identificar la capacidad de discriminación de los reactivos, se calculó el puntaje total del total de sujetos y se obtuvieron las medidas de tendencia central y desviación; estas pruebas arrojaron una media aritmética de 157.60 y una desviación estándar de 36.52. En relación con los cuartiles, se identificó como puntaje máximo del cuartil inferior 128, siendo la puntuación mínima del cuartil superior de 185; con base en ello, se identificó a los sujetos pertenecientes a ambos extremos. En el extremo inferior se agruparon 37 sujetos con

sobrepeso y 22 con obesidad, mientras que en el superior se incluyeron 17 participantes con sobrepeso y 42 con obesidad.

Una vez realizado lo anterior, utilizándose la *t* de Student para muestras independientes, se comprobaron aquellos reactivos que mostraban una diferencia estadística significativa entre dichos grupos; cinco reactivos no mostraron diferencias, por lo que fueron eliminados (“Me alimento sanamente”, “Consulta a especialistas que me orientan sobre los ejercicios que puedo realizar”, “Hago suficiente ejercicio para mantenerme sano”, “Leo revistas de salud cuando traen consejos sobre alimentación balanceada” y “Realizo actividades deportivas en algún centro deportivo”).

Se evaluó la direccionalidad de los 43 reactivos que discriminaron mediante cuadrados cruzados, lo que dio paso a la prueba de confiabilidad

interna del instrumento mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Se consideró como otro criterio de eliminación que el coeficiente del instrumento aumentara si se quitaba un reactivo, lo que no se cumplió, por lo que se conservaron todos ellos.

El análisis correlacional entre elementos arrojó magnitudes bajas y moderadas, por lo que se efectuó un análisis factorial ortogonal de componentes principales a través del método varimax con los 43 reactivos, para el cual se invirtieron las respuestas del reactivo 12 (“Camino por lo menos 30 minutos al día”), ya que arrojaban una carga negativa que impedía el cálculo de la confiabilidad. De acuerdo con el gráfico de sedimentación y la matriz de componentes rotada resultante, se obtuvieron cuatro factores con cargas factoriales mayores o iguales a 0.40 y autovalores superiores a 1 (Tabla 2).

**Tabla 2.** Distribución de los reactivos de conciencia de enfermedad en una muestra de 240 adultos con sobrepeso u obesidad exógena. Resultado del análisis factorial con rotación ortogonal; los números representan la carga factorial.

| Reactivos   | Factores |       |       |   | Indicador |
|---|----------|-------|-------|---|-----------|
|   | 1        | 2     | 3     | 4 |           |
| <b>Reconocimiento de impacto psicosocial</b>  |          |       |       |   |           |
| Tengo problemas con mi pareja por mi peso.  | 0.827    |       |       |   |           |
| Me siento triste por mi sobrepeso.  | 0.812    |       |       |   |           |
| Mis amigos creen que estoy deprimido por mi sobrepeso.                                    | 0.795    |       |       |   |           |
| La gente me rechaza por mi peso.  | 0.792    |       |       |   |           |
| Tengo problemas en mi trabajo por mi peso.  | 0.784    |       |       |   |           |
| Tengo problemas de autoestima a causa de mi sobrepeso.                                    | 0.780    |       |       |   |           |
| Mis amigos consideran que como en exceso.   | 0.682    |       |       |   |           |
| Mis amigos creen que soy una persona sedentaria.  | 0.661    |       |       |   |           |
| <b>Conciencia de los riesgos de la enfermedad</b>   |          |       |       |   |           |
| Puedo sufrir alguna enfermedad cardiovascular a causa de mi exceso de peso.               |          | 0.806 |       |   |           |
| Puedo padecer diabetes a causa de mi peso.  |          | 0.802 |       |   |           |
| Mi Índice de Masa Corporal está elevado.  |          | 0.755 |       |   |           |
| Debo mejorar mis hábitos alimentarios.  |          | 0.711 |       |   |           |
| Creo que debo adelgazar.  |          | 0.709 |       |   |           |
| <b>Búsqueda de ayuda</b>  |          |       |       |   |           |
| Busco información especializada para bajar de peso.                                       |          |       | 0.789 |   |           |
| Cuando subo de peso, consulto a un nutriólogo para que me asesore con una dieta adecuada. |          |       | 0.759 |   |           |
| Voy al doctor para recibir tratamiento para bajar de peso.                                |          |       | 0.743 |   |           |
| Veo programas de televisión que dan consejos para bajar de peso.                          |          |       | 0.713 |   |           |
| Busco recetas de cocina saludable en revistas.  |          |       | 0.698 |   |           |
| Asisto con un psicólogo para incrementar mi bienestar.                                    |          |       | 0.683 |   |           |

Continúa...

| Identificación de conductas no saludables                  |  |  |  |       |       |
|--|--|--|--|-------|-------|
| Como alimentos grasosos a pesar de que sean malos para mí. |  |  |  | 0.789 |       |
| Cuando voy a fiestas descuido mi alimentación.             |  |  |  | 0.760 |       |
| Mientras veo televisión, como botanas.                     |  |  |  | 0.664 |       |
| Actividad física y sedentarismo                            |  |  |  |       |       |
| Camino por lo menos 30 minutos al día.                     |  |  |  |       | 0.848 |
| Paso la mayor parte del día sentado                        |  |  |  |       | 0.683 |

Factores: 1 = Reconocimiento de impacto psicosocial (identificación de características no saludables que otros perciben en él); 2 = Conciencia de los riesgos de la enfermedad (consideración de malignidad como consecuencia de enfermedad); 3 = Búsqueda de ayuda (búsqueda de ayuda profesional); 4 = Identificación de conductas no saludables (reconocimiento de malignidad en características no saludables) y un indicador de actividad física.

Se obtuvo  $p = 0.001$  en la prueba de esfericidad de Bartlett, lo que indicó la no identidad de la matriz de correlaciones, y el índice de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin para el análisis factorial ( $KMO = 0.890$ ) determinó la utilidad de la estructura de los componentes obtenidos.

Se eliminaron los reactivos con cargas mayores a 0.40 en dos o más factores, tras de lo cual quedaron 24 reactivos finales integrados en cuatro factores que coincidieron con el plan de prueba original, así como un indicador de actividad física

y sedentarismo que se conservó debido al impacto de los mismos en el desarrollo del sobrepeso y la obesidad. El coeficiente alfa total del instrumento fue de 0.887; de 0.924 en el factor de reconocimiento de impacto psicosocial; de 0.880 en conciencia de los riesgos de la enfermedad; de 0.819 en búsqueda de ayuda; de 0.640 en identificación de conductas no saludables, y de 0.532 en actividad física. El instrumento total explica 64.9% de la varianza (Tabla 3).

**Tabla 3.** Varianza, medias y coeficientes alfa de Cronbach de la versión final del instrumento (n = 240).

| Factores                                   | Varianza explicada | Media (D. E.) | $\alpha$ | Hotelling's | p     |
|--|--------------------|---------------|----------|-------------|-------|
| Reconocimiento de impacto psicosocial      | 22.31%             | 22.41 (11.47) | 0.924    | 100.54      | 0.001 |
| Conciencia de los riesgos de la enfermedad | 14.35%             | 23.47 (6.73)  | 0.880    | 43.72       | 0.001 |
| Búsqueda de ayuda                          | 14.17%             | 13.56 (6.47)  | 0.819    | 99.66       | 0.001 |
| Identificación de conductas no saludables  | 7.78%              | 10.72 (3.78)  | 0.640    | 73.02       | 0.001 |
| Indicador de actividad física              | 6.29%              | 6.67 (2.83)   | 0.532    | 26.91       | 0.001 |
| Escala total                               | 64.90%             |               |          |             | 0.001 |

Finalmente, con base en correlaciones de Pearson, se encontró una correlación positiva y estadísticamente significativa entre el total de la escala y cada

uno de los factores e indicador, así como entre algunas dimensiones de la propia escala (Tabla 4).

**Tabla 4.** Correlación entre factores e indicador de conciencia de enfermedad en personas con sobrepeso y obesidad exógena (N = 240).

|           | Factor 1 | Factor 2 | Factor 3 | Factor 4 | Indicador |
|-----------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| Factor 2  | 0.559**  |          |          |          |           |
| Factor 3  | 0.173*   | 0.085    |          |          |           |
| Factor 4  | 0.297*   | 0.296*   | -0.046   |          |           |
| Indicador | 0.337*   | 0.344*   | 0.079    | 0.242*   |           |
| Total     | 0.874*   | 0.757*   | 0.428*   | 0.456*   | 0.497*    |

Factores: 1 = Reconocimiento de impacto psicosocial (identificación de características no saludables que otros perciben en él); 2 = Conciencia de los riesgos de la enfermedad (consideración de malignidad como consecuencia de enfermedad); 3 = Búsqueda de ayuda (búsqueda de ayuda profesional); 4 = Identificación de conductas no saludables (reconocimiento de malignidad en características no saludables) y un indicador de actividad física. \* $p \leq 0.001$

En la Tabla 5 se muestra la estructura final de la escala y una descripción de los indicadores para cada subescala. La versión última del instrumento consta de 24 reactivos distribuidos en cuatro factores: reconocimiento de impacto psicosocial

(ocho reactivos), conciencia de los riesgos de la enfermedad (cinco), búsqueda de ayuda (seis) e identificación de conductas no saludables (tres), además de un indicador de actividad física y sedentarismo.

**Tabla 5.** Instrumento de conciencia de enfermedad y factores que la integran (N = número de reactivos).

| Variable   | Definición conceptual  | Indicadores   |
|--|--|---|
| Conciencia de enfermedad (N = 24)                  | Autoconocimiento de padecer un problema de salud                                 | Escala total, integrada por cuatro factores y un indicador  |
| Reconocimiento de impacto psicosocial (N = 8)      | Identificación de características no saludables que otros perciben en el sujeto. | Reconocimiento de conductas no saludables, como comer en exceso o alimentos poco saludables que personas cercanas al sujeto logran identificar en él; así como problemas cotidianos asociados al sobrepeso. |
| Conciencia de los riesgos de la enfermedad (N = 5) | Consideración de malignidad como consecuencia de enfermedad.                     | Identificación del posible impacto a la salud del exceso de peso y reconocimiento de la necesidad de tomar medidas orientadas a la disminución del mismo.   |
| Búsqueda de ayuda (N = 6)                          | Búsqueda de ayuda profesional para atender el problema de salud.                 | Identificación y acercamiento con las figuras de apoyo, formales e informales, para la disminución de peso de manera segura.  |
| Identificación de conductas no saludables (N = 3)  | Reconocimiento de malignidad en características no saludables.                   | Reconocimiento de conductas y situaciones asociadas al incremento de peso llevadas a cabo por el sujeto.  |
| Actividad física y descanso (N = 2)                | Actividad física o sedentarismo asociado al sobrepeso u obesidad.                | Realización de actividad física con regularidad o predominio de vida sedentaria.  |

En el proceso de normalización se invirtieron los puntajes de los reactivos correspondientes al factor 4, así como el reactivo 2 del indicador de actividad física debido a que la redacción de los mismos tiene un sentido opuesto al resto de la prueba; es decir, los demás reactivos indican que a mayor puntaje, mayor conciencia de enfermedad, por lo que se deben invertir dichos reactivos para poder llevar a cabo una sumatoria directa.

Hecho lo anterior, se crearon dos archivos extra a partir de la base de datos original: uno con los sujetos con sobrepeso y otro con los participantes con obesidad; lo anterior se hizo atendiendo a la literatura correspondiente, que indica que hay diferencias en esta variable entre sujetos con sobrepeso y aquellos con obesidad (Charlotte, 2007; Ocampo y Pérez, 2010), por lo que resulta necesario establecer normas diferentes de acuerdo a la condición del paciente.

Para ello se obtuvieron análisis de frecuencias del puntaje total para cada grupo; en el caso de las personas con sobrepeso, la media fue de 69.39,

la mediana de 67.00 y la desviación estándar de 19.39; al evaluar la distribución de los datos, se obtuvo una asimetría de 0.281 y una curtosis de  $-0.504$ ; además, se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov, por la que se pudo comprobar la distribución normal de los datos ( $z = 0.70$ ,  $p = 0.71$ ). En las personas con obesidad, la media fue de 81.60, la mediana de 85 y la desviación estándar de 20.87; al evaluar su distribución, se obtuvo una asimetría de  $-0.241$  y una curtosis de  $-0.595$ ; de igual forma, la prueba de Kolmogorov-Smirnov comprobó la distribución normal de los datos ( $z = 0.93$ ,  $p = 0.35$ ).

Una vez comprobada la distribución normal de los datos en ambos grupos, se obtuvieron los puntajes de los sujetos en cada factor e indicador, así como los descriptivos de estas calificaciones (media aritmética y desviación estándar), los cuales fueron utilizados para obtener los puntajes  $z$  y  $T$ , a partir de los cuales se establecieron las normas para la calificación del instrumento (Tabla 6).



**Tabla 6.** Normas de calificación e interpretación del CESO en función de la condición de sobrepeso u obesidad del paciente.

| <b>SOBREPESO</b>  |                  |  | <b>OBESIDAD</b>   |                  |   |
|---|------------------|--|---|------------------|---|
| <b>Escala total</b>   |                  |  | <b>Escala total</b>   |                  |   |
| <b>Puntaje crudo</b>  | <b>Puntaje T</b> | <b>Interpretación</b>  | <b>Puntaje crudo</b>  | <b>Puntaje T</b> | <b>Interpretación</b>   |
| ≤ 49  | 30               | Pobre conciencia de enfermedad   | ≤ 39  | 20               | Pobre conciencia de enfermedad  |
| 50 - 69   | 40               | Noción de enfermedad   | 40 - 60   | 30               | Escasa conciencia de enfermedad   |
| 70 - 88   | 50               | Conciencia baja de enfermedad  | 61 - 81   | 40               | Noción de enfermedad  |
| 89 - 108  | 60               | Conciencia de enfermedad   | 82 - 102  | 50               | Conciencia baja de enfermedad   |
| 109 - 119   | 70               | Alto nivel de conciencia de enfermedad   | 103 - 123   | 60               | Conciencia de enfermedad  |
|   |                  |  | > 124   | 70               | Alto nivel de conciencia de enfermedad  |
| <b>Factor 1. Reconocimiento de impacto psicosocial</b>      |                  |  | <b>Factor 1. Reconocimiento de impacto psicosocial</b>      |                  |   |
| <b>Puntaje crudo</b>  | <b>Puntaje T</b> | <b>Interpretación</b>  | <b>Puntaje crudo</b>  | <b>Puntaje T</b> | <b>Interpretación</b>   |
| ≤ 9   | 30               | Pobre reconocimiento del impacto en la vida cotidiana asociado al sobrepeso  | ≤ 12  | 30               | Pobre reconocimiento del impacto en la vida cotidiana asociado a la obesidad  |
| 10 - 19   | 40               | Reconocimiento limitado del impacto del sobrepeso en la vida cotidiana   | 13 - 24   | 40               | Reconocimiento limitado del impacto del sobrepeso en la vida cotidiana  |
| 20 - 28   | 50               | Reconocimiento difuso del impacto del sobrepeso en la vida cotidiana; probablemente ha presentado problemas de salud o psicosociales, pero tiene dificultades para asociarlos al peso. | 25 - 36   | 50               | Reconocimiento difuso del impacto de la obesidad en la vida cotidiana; probablemente ha presentado problemas de salud o psicosociales, pero tiene dificultades para asociarlos al peso. |
| 29 - 38   | 60               | Reconocimiento de impacto psicosocial asociado al sobrepeso  | ≥ 37  | 60               | Reconocimiento de alto impacto en la vida cotidiana asociado a la obesidad  |
| ≥ 39  | 70               | Reconocimiento de alto impacto en la vida cotidiana asociado al sobrepeso  |   |                  |   |
| <b>Factor 2. Conciencia de los riesgos de la enfermedad</b> |                  |  | <b>Factor 2. Conciencia de los riesgos de la enfermedad</b> |                  |   |
| <b>Puntaje crudo</b>  | <b>Puntaje T</b> | <b>Interpretación</b>  | <b>Puntaje crudo</b>  | <b>Puntaje T</b> | <b>Interpretación</b>   |
| ≤ 5   | 20               | Pobre conocimiento del impacto del sobrepeso en la salud   | ≤ 7   | 10               | Pobre conocimiento del impacto de la obesidad en la salud   |
| 6 - 12  | 30               | Noción limitada del impacto del sobrepeso en la salud  | 8 - 13  | 20               | Noción limitada del impacto de la obesidad en la salud  |
| 13 - 20   | 40               | Noción difusa del impacto del sobrepeso en la salud y de la implicación de los hábitos alimenticios  | 14 - 19   | 30               | Noción difusa del impacto de la obesidad en la salud y de la implicación de los hábitos alimenticios  |
| 21 - 27   | 50               | Conocimiento del impacto del sobrepeso en la salud y de la implicación de los hábitos alimenticios   | 20 - 25   | 40               | Conocimiento del impacto de la obesidad en la salud y de la implicación de los hábitos alimenticios   |
| ≥ 28  | 60               | Conocimiento claro del sobrepeso en la salud y de la implicación de los hábitos alimenticios   | ≥ 26  | 50               | Conocimiento claro de la obesidad en la salud y de la implicación de los hábitos alimenticios   |

Continúa...

| Factor 3. Búsqueda de ayuda                         |           |  | Factor 3. Búsqueda de ayuda                         |           |  |
|---|-----------|--|---|-----------|--|
| Puntaje crudo                                       | Puntaje T | Interpretación   | Puntaje crudo                                       | Puntaje T | Interpretación   |
| ≤ 7   | 30        | Pobre búsqueda de ayuda profesional  | ≤ 7   | 30        | Pobre búsqueda de ayuda profesional  |
| 8 - 13  | 40        | Limitada búsqueda de ayuda profesional, o es enfocada en espacios no regulados                                   | 8 - 13  | 40        | Limitada búsqueda de ayuda profesional, o es enfocada en espacios no regulados                                   |
| 14 - 19   | 50        | Búsqueda de ayuda profesional sobre intereses específicos  | 14 - 20   | 50        | Búsqueda de ayuda profesional sobre intereses específicos  |
| 20 - 26   | 60        | Búsqueda activa de ayuda profesional   | 21 - 26   | 60        | Búsqueda de activa de ayuda con al menos un profesional de la salud  |
| ≥ 27  | 70        | Búsqueda de ayuda profesional a través de un equipo integral de salud  | 27 - 31   | 70        | Búsqueda activa de ayuda que implica a más de un profesional de la salud   |
|   |           |  | ≥ 33  | 80        | Búsqueda de ayuda profesional a través de un equipo integral de salud  |
| Factor 4. Identificación de conductas no saludables |           |  | Factor 4. Identificación de conductas no saludables |           |  |
| Puntaje crudo                                       | Puntaje T | Interpretación   | Puntaje crudo                                       | Puntaje T | Interpretación   |
| < 3   | 20        | Malos hábitos alimenticios   | ≤ 6   | 30        | Hábitos alimenticios poco saludables y/o dependientes del contexto   |
| 4 - 7   | 30        | Hábitos alimenticios poco saludables y/o dependientes del contexto   | 7 - 10  | 40        | Hábitos alimenticios inestables  |
| 8 - 10  | 40        | Hábitos alimenticios inestables  | 11 - 14   | 50        | Hábitos alimenticios probablemente saludables, pero con dificultades para su seguimiento en situaciones sociales |
| 11 - 14   | 50        | Hábitos alimenticios probablemente saludables, pero con dificultades para su seguimiento en situaciones sociales | ≥ 15  | 60        | Hábitos alimenticios establecidos que en ocasiones pueden ser descuidados en ciertos contextos sociales          |
| 15 - 17   | 60        | Hábitos alimenticios establecidos que en ocasiones pueden ser descuidados en ciertos contextos sociales          |   |           |  |
| >18   | 70        | Cuidado de seguimiento de hábitos alimenticios adecuados   |   |           |  |
| Indicador de actividad física                       |           |  | Indicador de actividad física                       |           |  |
| Puntaje crudo                                       | Puntaje T | Interpretación   | Puntaje crudo                                       | Puntaje T | Interpretación   |
| < 3   | 30        | Sujeto sedentario  | ≤ 4   | 30        | Sujeto sedentario  |
| 4 - 5   | 40        | Sujeto con poca actividad física cotidiana o actividades sedentarias   | 5 - 7   | 40        | Sujeto con poca actividad física cotidiana o actividades sedentarias   |
| 6 - 8   | 50        | Sujeto que realiza actividad física de manera ocasional o actividades rutinarias de tipo sedentario              | 8 - 10  | 50        | Sujeto que realiza actividad física de manera ocasional o actividades rutinarias de tipo sedentario              |
| 9 - 11  | 60        | Sujeto que realiza actividad física de manera constante o pocas actividades sedentarias                          | ≥ 11  | 60        | Sujeto que realiza actividad física de manera constante o pocas actividades sedentarias                          |
| >12   | 70        | Sujeto con actividad física regular y que presenta pocas actividades sedentarias                                 |   |           |  |

## DISCUSIÓN

El objetivo de este trabajo fue construir un instrumento de medición para evaluar la conciencia de enfermedad en adultos con sobrepeso u obesidad exógena, la cual es necesaria para comprender los procesos sociales, cognitivos y conductuales que median estas enfermedades, y que a su vez pueden ser parte de los objetivos de intervención efectivos para obtener cambios en los patrones de alimentación y actividad física (Barquera, Campos, Rojas y Rivera, 2010; Jáuregui, Villalpando, Rangel, Lara y Castillo, 2012; Shamah et al., 2012) que ayuden a disminuir la prevalencia de estas enfermedades que impactan en la salud y la calidad de vida de las personas que las padecen (INEGI, 2012).

A través del análisis factorial se obtuvo la validez de constructo del instrumento al coincidir con el plan de prueba basado en la definición de “conciencia de enfermedad” tomada como base (Vaz et al., 1994), ya que se confirmaron los cuatro factores iniciales y se agregó un indicador relacionado con la actividad física o con su falta. Si bien este último no logra valores de consistencia interna y número suficiente de reactivos para conformar un factor, se considera que, en conjunto, aporta información valiosa sobre los principales problemas que encaran las personas que sufren dichas enfermedades, su percepción de susceptibilidad para padecer comorbilidades asociadas, el reconocimiento de conductas poco saludables que fomentan el incremento de peso y las acciones que ponen en práctica al buscar ayuda.

La validez de constructo, aunada a la fiabilidad y varianza explicada del instrumento total, permite recomendar el uso de este instrumento como un método de evaluación objetivo de conciencia de enfermedad que contribuya a la evaluación y atención integral de las personas con sobrepeso y obesidad exógenas en la Ciudad de México.

Contar con un instrumento específico para esta población se considera relevante debido a sus implicaciones clínicas y de investigación, pues a pesar de su importante impacto en la vida diaria, diversos estudios aseguran que más de la mitad de las personas con sobrepeso u obesidad no ponen en marcha plan alguno para disminuir su peso. Entre las razones identificadas en personas con sobrepeso están las de que se encuentran satisfechos con

su peso actual o consideran que tienen un peso adecuado; en el caso de las personas con obesidad, las razones más comunes son que desconocen cómo bajar de peso, las múltiples complicaciones médicas, la necesaria renuncia a muchos satisfactores, el fracaso de los intentos anteriores, el escaso apoyo familiar o ciertas condiciones particulares. Aquellos que aseguran estar dispuestos a bajar de peso utilizan frecuentemente métodos sin ayuda de profesionales (Tol et al., 2014), lo que puede provocar diversas afectaciones médicas (Kauffer, Tavano y Ávila, s.f.) ya que no consideran el consumo de alimentos funcionales, es decir, alimentos similares o iguales a la comida convencional que, al ser integrados a la alimentación en cantidades apropiadas, proveen beneficios a la salud y reducen los riesgos de padecer enfermedades por encima de sus propiedades nutricionales básicas (Doyon y Labrecque, 2008).

El consumo de alimentos funcionales es más frecuente en personas que mantienen una actitud positiva hacia el cuidado de la salud y una alta conciencia sobre los riesgos de las enfermedades que pudieran padecer (Mosca et al., 2006), mientras que se ha demostrado en mujeres que el reconocimiento de los riesgos asociados a las enfermedades que se padecen, como parte de la conciencia de enfermedad, se asocia positivamente a la toma de medidas preventivas hacia ellas mismas y hacia los miembros de su familia (Wadolowska, Danowska-Oziewicz, Sterwart-Knox, y Vaz de Almeida, 2009). De manera conjunta, la evaluación de la conciencia de las enfermedades que una persona pudiera padecer y el reconocimiento de los riesgos de dichas enfermedades son factores asociados al consumo de alimentos funcionales, que es una parte indispensable en el tratamiento del sobrepeso y obesidad.

En este sentido, este instrumento puede servir de apoyo para identificar el grado de susceptibilidad y severidad percibida por el sobrepeso y la obesidad (Maiman y Becker, 1974; Rosenstock, 1974), y se podría integrar como parte de una evaluación objetiva para identificar las áreas de oportunidad en relación a la conciencia de enfermedad y al plan de intervención con el propósito de aumentar las posibilidades de éxito y la probabilidad de recuperar la salud o disminuir el riesgo de empeorar y sufrir complicaciones, ya que la falta

de conciencia de enfermedad puede limitar la búsqueda de información relativa a la salud (Charlotte, 2007), el establecimiento de metas concretas y la implementación de acciones encaminadas a dichas metas asociadas al fracaso de las intervenciones (Becker, 1974b; Janz y Becker, 1984; Maiman y Becker, 1974; Rosenstock, 1974). Asimismo, señalar conductas patógenas –tales como la falta de actividad física y la sobreingesta alimentaria que, de acuerdo con la OMS (2014), son las principales causas del sobrepeso y la obesidad–, al ser éstas susceptibles de cambio, podrán incluirse como parte de los objetivos de modificación conductual.

Sin embargo, el estudio también tiene limitaciones que deben ser tomadas en cuenta; en primer lugar, se debe señalar que no se trabajó con una muestra clínica, por lo que desconocen las consecuencias en la salud que la muestra ya presentaba o su estado de salud general al momento del estudio. Por consiguiente, se propone que en futuros trabajos se busque establecer evidencia sobre la validez de criterio que permita evaluar si hay correlación entre la conciencia de enfermedad y otras variables clínicas, como glucosa, presión arterial, nivel de lípidos y control metabólico en general; de igual manera, se requiere el establecimiento de su validez predictiva, la cual resultaría de particular interés en futuras investigaciones para

identificar si la conciencia de enfermedad en esta población pudiera asociarse a mediano y largo plazo con variables tales como la adherencia a tratamientos, el control metabólico, el mantenimiento de resultados en caso de someterse a un tratamiento y la prevalencia de comorbilidades; de ser así, se le puede establecer como una variable mediadora sujeta a modificarse mediante intervenciones psicológicas.

Por otro lado, este instrumento carece hasta el momento de evidencia sobre las estimaciones sobre su sensibilidad y especificidad, toda vez que no se cuenta con criterios externos actuales para evaluar esta variable. Lo anterior podría abordarse en futuros estudios al contrastar los resultados en la prueba con una entrevista clínica dirigida por expertos capaces de determinar el grado de conciencia de enfermedad en los sujetos. Finalmente, resultaría de interés considerar una aplicación piloto en personas cuyo peso se encuentra en los parámetros recomendados y compararla con los de una población con sobrepeso u obesidad para analizar las diferencias entre estos grupos, en los que si bien no se esperaría un impacto negativo del peso en la vida cotidiana en la población sin enfermedad, sí pudiera ser de gran pertinencia para identificar hábitos y búsqueda de ayuda en esta población.

## REFERENCIAS

- Barquera, S., Campos N., I., Rojas, R. y Rivera J. (2010). Obesidad en México: epidemiología, políticas de salud para su control y prevención. *Gaceta Médica de México*, 146, 397-407. Disponible en línea: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2010/gm106g.pdf>.
- Becker, M.H. (1974a). The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monographs*, 2, 324-508.
- Becker, M.H. (1974b). The health belief model and illness behavior. *Health Education Monographs*, 2, 409-419.
- Borrelli, B., Hayes, R.B., Dunsiger, S. y Fava, J.L. (2010). Risk perception and smoking behavior medically ill smokers: A prospective study. *Addiction*, 105(6), 1100-1108.
- Charlotte, N.C. (2007). Obese people lack health awareness. *Harvard Reviews of Health News*. Disponible en línea: <http://www.healthline.com/sw/bar-study-obese-people-lack-health-awareness>.
- Chinchilla, A. (2005). *Obesidad y psiquiatría*. Barcelona: Masson.
- Dedeli, O. y Fadiloglu, C. (2011). Development and evaluation of the Health Belief Model Scale in obesity. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 10(5), 533-542.
- Doyon, M. y Labrecque, J. (2008). Functional foods: a conceptual definition. *British Food Journal*, 110(11), 1133-1149. doi: 10.1108/00070700810918036.
- Eskandari-Torbaghan, A., Kalan-Farmanfarma, K., Ansari-Moghaddam, A. y Zarei, A. (2014). Improving breast cancer preventive behavior among female medical staff: the use of the educational intervention based on health belief model. *The Malaysian Journal of Medical Sciences*, 21(5), 44-50.
- Gutiérrez J., P., Rivera D., J., Shamah L., T., Villalpando H., S., Franco, A., Cuevas N., L., Romero M., M. y Hernández Á., M. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales*. Cuernavaca (México): Instituto Nacional de Salud Pública. Disponible en línea: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>.

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2012). *Estadísticas a propósito del Día Mundial de la Población*. México: INEGI. Disponible en línea: [www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/.../estadisticas/2012/poblacion0.doc](http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/.../estadisticas/2012/poblacion0.doc).
- Janz, N.K. y Becker, M.H. (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11(1), 1-47. doi: 10.1177/109019818401100101.
- Jáuregui, A., Villalpando, S., Rangel B., E., Lara Z., Y.A. y Castillo G., M.M. (2012). Physical activity and fat mass gain in Mexican school-age children: a cohort study. *BioMedCentral Pediatrics*, 12: 109. doi: 10.1186/1471-2431-12-109.
- Kauffer H., M., Tavano C., L. y Ávila R., H. (s.f.) *Obesidad en el adulto*. Disponible en línea: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spi/unidad2/obesidad.pdf>.
- Maiman, L.A. y Becker, M.H. (1974). The health belief model: Origins and correlates in psychological theory. *Health Education Monographs*, 2, 336-353.
- Mosca, L., Mochari, H., Christian, A., Berra, K., Taubert, K., Mills, T., Arrowood, K. y Lee, S. (2006). National study of women's awareness, preventive action, and barriers to cardiovascular health. *Journal of the American Heart Association*, 113, 525-534. doi: 110.1161/CIRCULATIONAHA.105.588103.
- Nunnally, J.C. y Bernstein, I.H. (1994). *Psychometric theory* (3<sup>rd</sup> ed.). New York: McGraw-Hill.
- Ocampo B., P. y Pérez M., A.N. (2010). Creencias y percepciones de las personas obesas acerca de la obesidad. *Semergen*, 36(6), 325-331. doi: 10.1016/j.semerg.2010.01.006.
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Obesidad y sobrepeso* (Nota descriptiva N°311). Ginebra: OMS. Disponible en línea: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>.
- Reyes L., I. (1993). Las redes semánticas naturales, su conceptualización y su utilización en la construcción de instrumentos. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 9, 81-97.
- Rosenstock, I.M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2, 328-335.
- Secretaría de Salud (2010). Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010 para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad. *Diario Oficial de la Federación*, 7 de julio. Disponible en línea: <http://www.dof.gob.mx/normasOficiales/4127/Salud/Salud.htm>.
- Shamah, T., Morales R., C., Amaya C., C., Salazar C., A., Jiménez A., A. y Méndez G., H.I. (2012). Effectiveness of a diet and physical activity promotion strategy on the prevention of obesity in Mexican school children. *BioMedCentral Public Health*, 12, 152. doi: 10.1186/1471-2458-12-152.
- Tariku, B., Whiting, S.J., Muluaem, D. y Singh, P. (2015). Application of the health belief model to teach complementary feeding messages in Ethiopia. *Ecology of Food and Nutrition*, 1-11. doi: 10.1080/03670244.2015.1049344.
- Tol, J., Swinkels, I.C., De Bakker, D.H., Veenhof, C. y Seidell, J.C. (2014). Overweight and obese adults have low intentions of seeking weight-related care: a cross-sectional survey, *BioMed Central Public Health*, 14, 582. Disponible en línea: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/14/582>.
- Tuzcu, A., Bahar, Z. y Gözümlü, S. (2015). Effects of interventions based on health behavior model on breast cancer screening behaviors of migrant women in Turkey. *Cancer Nursing*. doi: 10.197/NCC.0000000000000268.
- Vaz, F.J., Casado, M., Salcedo M., S. y Béjar, A. (1994). Psicopatología y conciencia de enfermedad durante la fase aguda de la esquizofrenia. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barna*. 21, 66-74.
- Wadolowska, L., Danowska-Oziewicz, M., Stewart-Knox, B. y Vaz de A., D.M. (2009). Frequency of functional food consumption and awareness and perceptions of health risks towards metabolic syndrome among poles aged 15 and above (Lipgene project). *Italian Journal of Food Science*, 21(4), 429. Disponible en línea: <http://connection.ebscohost.com/c/articles/48871870/frequency-functional-food-consumption-awareness-perceptions-health-risks-towards-metabolic-syndrome-among-poles-aged-15-above-lipgene-project>.
- World Health Organization Expert Committee (1995). *Physical status: The use and interpretation of anthropometry*. Technical Report Series 854. Geneva: WHO. Disponible en línea: [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_854.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_854.pdf).





# El sentido del humor y su relación con el bienestar subjetivo en adultos mayores venezolanos

## *The relation between sense of humor and subjective well-being in older Venezuelan adults*

Yurvik Rosmari Castillo Rojas, Sasha Lolimar Abdelwa Quero y Jesús Manuel Guerrero Alcedo<sup>1</sup>

### RESUMEN

Esta investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre el sentido del humor y el bienestar subjetivo en adultos mayores venezolanos. Fue una investigación no experimental de tipo correlacional trasversal. Se tomó una muestra de 80 participantes (50 hombres y 30 mujeres), seleccionados bajo un muestreo no probabilístico intencional, a quienes se aplicó la Escala Multidimensional del Sentido del Humor y la Escala de Felicidad de Alarcón. Los resultados indican que existe una relación significativa moderada entre el sentido del humor y el bienestar subjetivo. Las actitudes hacia el humor y uso del mismo en situaciones sociales explican 22.2% de la varianza total del bienestar subjetivo. Además, hombres y mujeres difirieron únicamente en la dimensión de sentido positivo de la vida en el bienestar subjetivo. Estos resultados evidencian la necesidad de desarrollar intervenciones individuales y grupales que promuevan el crecimiento personal a través del humor en este estrato poblacional.

**Palabras clave:** Sentido del humor; Bienestar subjetivo; Satisfacción; Adultos mayores.

### ABSTRACT

*The objective of the present study was to determine the relation between sense of humor and subjective wellbeing in older Venezuelan adults. The study's methodology involved a non-experimental, correlational and transversal model. The sample was made up of 80 participants (50 men and 30 women), who were selected using a non-probabilistic intentional sampling method. The Multidimensional Sense of Humor Scale and the Alarcon's Happiness Scale were used. Results indicate a moderate significant relation between sense of humor and subjective wellbeing. Participants' attitude toward humor in social situations explains a 22.2% of the total variance for subjective wellbeing. Likewise, men and women differed only in the dimension of positive sense of life for subjective well-being. Results demonstrate the need of developing individual and group interventions that promote personal growth using humor in these populations.*

**Key words:** Sense of humor; Subjective well-being; Satisfaction; Older adults.

## INTRODUCCIÓN

A lo largo de los estudios psicológicos, la mayoría de los autores se han enfocado a analizar los aspectos patológicos del ser humano. Sin embargo, a partir de 1998, por iniciativa de Martin Seligman (cf. Seligman, 2002), surge un nuevo enfoque conocido como *psicología positiva*, que consiste en un nuevo acercamiento a la manera habitual de observar la realidad psicológica (Blázquez, Martínez,

<sup>1</sup> Programa de Psicología, Decanato Experimental de Humanidades y Artes, Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado, 3001 Barquisimeto, Venezuela, correo electrónico: sashaabdelwa@gmail.com. Artículo recibido el 29 de septiembre de 2015 y aceptado el 22 de febrero de 2016.

Gutiérrez y Medina, 2010; Guerrero, 2013, 2014; Guerrero y Sánchez, 2015), y que fue definida por Sheldon y King (2001) como, “el estudio científico de las fortalezas y virtudes humanas naturales que se pregunta cuál es la naturaleza de la eficacia del funcionamiento del ser humano y que centra su atención en las potencialidades, motivos y capacidades de éste” (p. 216).

Dentro del modelo de fortalezas y virtudes propuesto por Peterson y Seligman (2003) se encuentra la llamada “virtud espiritualidad/trascendencia”, compuesta por varias fortalezas, entre las que se halla el sentido del humor. El humor es definido por Martin (2008) como una respuesta emocional de hilaridad enmarcada dentro de un contexto sociocultural, que se origina por la percepción de la incongruencia lúdica y que se expresa a través de la sonrisa y la risa franca.

Desde este enfoque, el sentido del humor no únicamente es un antídoto para prevenir o aliviar la enfermedad, sino una capacidad humana que fomenta el desarrollo personal hacia una mayor humanidad y plenitud. Es por ello que el sentido del humor, más que hacer referencia a la cualidad de recibir y generar una reacción emocional en un momento dado, permite también desarrollar el autocontrol de las emociones, tal como lo consideran algunas culturas budistas e hinduistas (Carbelo y Jáuregui, 2006).

Camacho (2008) plantea que, en los venezolanos, la afiliación y el tratar de generar lazos crea un ambiente propicio para la aparición del humor y sus variados significados, prevaleciendo siempre la expresión de humor afable, el cual se entiende y se comparte en esta cultura, y se le aprecia como una auténtica fortaleza particular de la idiosincrasia venezolana.

Las personas con un buen sentido del humor se ríen más, y la risa habitual se asocia a cambios en el sistema muscular, cardiovascular, endocrino, inmunológico y neuronal, por lo que funciona como un inhibidor del estrés y un estimulador de la salud, lo que favorece a su vez las relaciones sociales y el apoyo que traen consigo (Carbelo y Jáuregui, 2006). Por tanto, el reír genera modificaciones que inciden en aspectos sumamente relevantes a lo largo de la vida, y especialmente en la vejez.

Tales planteamientos coinciden con los de Lai et al. (2010), quienes examinaron cómo el impacto de este factor contribuye a un envejecimiento satisfactorio midiendo los niveles de cortisol en un grupo de 45 hombres chinos de entre 64 y 85 años de edad. Los resultados del estudio sugieren que el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal es la principal vía por la cual ciertas disposiciones psicológicas positivas, como el humor, ejercen sus efectos positivos sobre la salud en las personas arias.

Además de ello, el sentido del humor contribuye a un buen funcionamiento mental en el adulto mayor, permitiéndole el máximo aprovechamiento de todas las áreas que integran su vida, como por ejemplo la satisfacción de la necesidad de pertenecer al ámbito social; es decir, tal sentido del humor hace que el adulto mayor se abra a las relaciones sociales debido a que estimula la respuesta emocional que le permitirá consolidar diversos vínculos de afectividad recíproca (Labarca, 2012).

Una de las investigaciones de mayor importancia en el contexto venezolano es la de Labarca (2012), cuyo objetivo fue determinar justamente el significado que tiene el sentido del humor para el adulto mayor. Para ello, dicha autora llevó a cabo un estudio cualitativo utilizando la entrevista a profundidad en cuatro informantes (dos hombres y dos mujeres) en edades comprendidas entre 60 y 73 años de edad. Sus resultados sugieren que el sentido del humor es una construcción social que se elabora a lo largo de los años y que luego se afianza en la mencionada etapa del desarrollo, proporcionándole al adulto mayor un estado de conformidad consigo mismo y con su entorno.

Los resultados citados vinculan el sentido del humor con la sensación de bienestar físico y emocional, la cual, sin embargo, es un indicador sujeto a las diferencias individuales. Por tanto, un buen sentido del humor es un elemento psicológico que se encuentra a disposición de las personas como una capacidad que puede ser potenciada y ampliada durante la vida. Además de ello, es importante mencionar que las personas adultas con discapacidad intelectual tienen igualmente experiencias emocionales del sentido del humor, por lo que esta competencia emocional puede y debe ser aprovechada para aumentar sus niveles de calidad de vida en tanto que genera bienestar emocional (Paredes y Flores, 2014).

No obstante, Reyes, Lara y Lizcano (2011) evaluaron las diferencias en la apreciación del sentido del humor en 81 estudiantes universitarios colombianos (52 mujeres y 29 hombres) en función de sus edades (17-20, 21-24, 25-28), encontrando que la capacidad de experimentar, percibir y generar humor disminuye con la edad, por lo que sus resultados contradicen claramente los de Labarca (2012).

Tales contradicciones indican la importancia de estudiar más el sentido del humor; así, el mismo Labarca (2012) señala que tal sentido en el adulto mayor es un fenómeno poco trabajado en la psicología, a pesar de ser este grupo etario el que mayor crecimiento está teniendo en muchos países latinoamericanos. Del mismo modo, Proyer, Ruch y Müller (2010) plantean que los estudios empíricos sobre el humor en los ancianos son escasos, y que por lo tanto son importantes las intervenciones orientadas a potenciar el humor para un mayor bienestar y una mejor calidad de vida.

Ruch, Proyer y Weber (2010) estudiaron el humor como una fortaleza de carácter en 42,964 participantes alemanes (69% mujeres y 31% hombres), con una edad media de 37.83 años, obteniendo como resultado una disminución del humor hasta los 50 años en el caso de los hombres; sin embargo, entre los 51 y 62 años estos aún puntuaron alto en la escala utilizada. La tendencia fue diferente para las mujeres, pues estas puntuaron alto en dicha escala a partir de los 70 años. Ade-

más, encontraron relaciones positivas y significativas entre el humor y la satisfacción con la vida, pero más bajas entre el humor y una vida con sentido. La citada investigación contribuye a la comprensión del humor durante toda la vida y subraya la importancia de los estudios en el marco de la psicología positiva sobre la adultez mayor, una etapa que no abarca únicamente cambios físicos, sino también sociales, cognitivos y afectivos.

Prieto, Etxeberría, Galdona, Urdaneta y Yanguas (2009) plantean que las emociones del adulto mayor están influidas por la capacidad de sentirse activo y mantenerse así a pesar de sus limitaciones físicas. Desde este punto de vista, los ancianos poseen las herramientas para afrontar las adversidades emocionales que aparecen en su vejez. Asimismo, desde la perspectiva de la psicología positiva, los individuos que poseen sentido del humor suelen experimentar una mejor calidad de vida, una mayor apreciación de las personas y más alegría, satisfacción y equilibrio emocional.

Es por ello que una de las variables que tiene estrecha relación con el sentido de humor es el bienestar subjetivo. Definido por Alarcón (2006) como un estado afectivo de satisfacción que experimenta de manera subjetiva un individuo en posesión de un bien deseado, se encuentra integrado por cuatro dimensiones. En la Tabla 1 se presenta la definición conceptual de cada dimensión según el mencionado autor.

**Tabla 1.** Dimensiones del bienestar subjetivo.

|                     |                             |   |
|---------------------|-----------------------------|---|
| Bienestar subjetivo | Sentido positivo de la vida | Optimismo e interpretación de los problemas como pasajeros, controlables y propios de una situación.  |
|                     | Satisfacción con la vida    | Complacencia y regocijo por lo que se ha alcanzado, por las condiciones que se tienen, o porque se está cerca de alcanzar lo que ha construido como ideal de vida.                      |
|                     | Realización personal        | Sentimiento de placidez y complacencia de la persona consigo misma por el logro de metas que considera valiosas para su vida.   |
|                     | Alegría de vivir            | Sentimiento de regocijo, júbilo y contento que experimenta la persona por la vida; señala lo maravilloso que es vivir y refiere experiencias positivas y el sentirse generalmente bien. |

Fuente: Alarcón (2006).

Diener, Suh, Lucas y Smith (1999) y Schnettler et al., (2014) plantean que el bienestar subjetivo se estructura en dos categorías, afectivas o cognitivas, que incluyen las respuestas emocionales (positi-

vas o negativas), las satisfacciones personales y los juicios globales. Es por tanto una percepción, perspectiva y valoración subjetiva la que realiza cada persona al experimentar bienestar en la vida.

Rodríguez y Goñi (2011) señalan que en las personas con un alto bienestar subjetivo predominan las estimaciones positivas acerca de las circunstancias de su vida, mientras que aquellos con escaso bienestar subjetivo consideran la mayoría de las áreas de su vida como negativas o que obstaculizan sus objetivos. Como apuntan Diener y Scollon (2014), el bienestar subjetivo hace referencia a evaluaciones placenteras en pensamientos y sentimientos, apreciaciones que pueden implicar una perspectiva transitoria o de largo plazo.

Steptoe, Deaton y Stone (2014) revisaron los últimos avances hechos en torno al bienestar subjetivo, la salud y su relación con la edad, proponiendo un nuevo análisis sobre el modelo de bienestar a través de las edades y su asociación con la supervivencia a edades más avanzadas. A través de la encuesta mundial de Gallup realizada en más de 160 países, encontraron un patrón relacional en forma de “U” entre el bienestar subjetivo y la edad en los países de alto ingreso de habla inglesa; sin embargo, tal patrón no es universal, toda vez que los encuestados de los países de la antigua Unión Soviética, Europa Oriental y América Latina muestran una reducción progresiva del bienestar con la edad. Mas ello no ocurre en el África subsahariana, donde las personas muestran pocos cambios con la edad. Además, el citado estudio confirma una relación bidireccional entre la salud física y el bienestar subjetivo, por lo que esta variable podría tener un papel protector sobre la salud en los adultos mayores.

Árraga y Sánchez (2010) determinaron el bienestar subjetivo de adultos mayores venezolanos mediante un estudio descriptivo hecho a una muestra de 633 participantes de entre 60 y 85 años de edad. Cabe destacar que 517 de los participantes vivían en sus hogares o con sus familiares. En su estudio, las autoras utilizaron la Escala de Felicidad de Alarcón adaptada a la población venezolana. Los resultados mostraron que 78.4% de los participantes tenía un alto nivel de bienestar subjetivo (puntuación media de 56.63), concluyéndose que el adulto mayor venezolano refleja el regocijo y complacencia por los logros alcanzados en su vida, lo que pudiera constituir un predictor de

salud –posiblemente asociado con la aceptación de la propia vida– que merece ser investigado.

Edwards y Martin (2014) llevaron a cabo una investigación con el propósito de explorar las asociaciones entre el humor y algunas variables de interés para la psicología positiva, como la felicidad, las rutas a la felicidad, la resiliencia y la moral, en una muestra de 176 estudiantes universitarios estadounidenses, hallando una correlación positiva del humor con el afecto positivo y con la satisfacción con la vida; esto es, los estilos positivos del humor se asocian significativamente con una vida placentera.

Muchas investigaciones sobre la tercera edad están centradas en los cambios negativos que ocurren en esta etapa, como dificultades motoras, problemas de memoria, soledad y aislamiento, entre otras; no obstante, a pesar de sus limitaciones biológicas y psicológicas, esta población mantiene cotidianamente una vida activa, lo que genera un visión positiva en el proceso de envejecimiento.

Desde esta perspectiva, Hilton, González, Saleh, Maitoza y Cole (2012) estudiaron las percepciones del envejecimiento exitoso en 60 latinos de edad avanzada en un contexto intercultural a través de un enfoque multimétodo, obteniendo como resultado que los factores que intervienen en el envejecimiento exitoso consisten en mantener una actitud positiva hacia el presente y disfrutar de un sentido de comunidad a medida que envejecen.

En este sentido, el humor ha generado cambios fisiológicos, psicológicos y emocionales que mantienen una perspectiva saludable y una creciente sensación de bienestar y satisfacción con la vida en los ancianos (Lurie y Monahan, 2015). Es por ello que la presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre el sentido del humor y el bienestar subjetivo en adultos mayores venezolanos, además de determinar la influencia del sexo sobre estas variables, por lo que se establece como hipótesis de investigación que el sentido del humor se relaciona positivamente con el bienestar subjetivo en tales personas. Estos aportes se verían reflejados en el desarrollo de intervenciones individuales y grupales orientadas a promover la salud física y mental del adulto mayor a través del fomento del sentido de humor.



## MÉTODO

### Participantes

La muestra estuvo constituida por 80 participantes (50 hombres y 30 mujeres) institucionalizados, pertenecientes a dos centros públicos y dos privados de los estados de Lara y Yaracuy (Venezuela), cuyas edades estaban comprendidas entre los 60 y los 98 años ( $M = 76.35$ ,  $DT = 8.494$ ); seleccionados mediante un muestreo no probabilístico de tipo intencional. Un criterio de inclusión fue que los participantes tuvieran 60 años o más, y que además no padecieran enfermedades tales como accidentes cerebrovasculares, discapacidad visual, pérdida de la audición y demencia, ni problemas de salud mental que impidieran su participación en el estudio.

En cuanto al nivel educativo, 47.5% tenía un nivel primario, 17.5% secundario, 16.3% superior y 18.8% dijo no tener estudios. Además, 50% eran solteros, 13.8% casados, 22.5% viudos, 12.5% divorciados y 1.3% vivían en concubinato. De los participantes, 60% provenían de dos instituciones públicas y 40% de dos instituciones privadas.

### Instrumentos

#### *Escala Multidimensional del Sentido del Humor (MSHS)*

Creada por Thorson y Powell (1993), es una medida de autorreporte. Este instrumento consta de 24 ítems presentados en una escala tipo Likert de cinco opciones de respuesta que van de “muy en desacuerdo” (0) a “muy de acuerdo” (4). Dicha escala está conformada por cuatro dimensiones: Creación o generación del humor, Uso del humor para hacer frente a la vida, Reconocimiento y apreciación del humor y Actitudes hacia el humor y uso del mismo en situaciones sociales. El sentido del humor de cada persona es determinado por los puntajes obtenidos en cada una de las dimensiones y por la suma total de ellas. La confiabilidad de este instrumento fue obtenida mediante el coeficiente alfa de Cronbach, siendo de .89 general y con confiabilidades aceptables en las dimensiones. La validez de la escala fue evaluada por medio del

análisis factorial exploratorio bajo el método de componentes principales, utilizando la rotación varimax, que arrojó cuatro factores, donde cada uno de los ítems acumuló valores de saturación por encima de .50. El tiempo de aplicación del instrumento fue de 20 minutos.

#### *Escala de Felicidad de Lima*

Esta escala se utiliza para medir el bienestar subjetivo. Fue elaborada por Alarcón (2006) y adaptada a adultos mayores venezolanos por Árraga y Sánchez (2012). La escala está constituida por 14 ítems tipo Likert con cinco alternativas de respuesta que van de “totalmente de acuerdo” (5) a “totalmente en desacuerdo” (1). El bienestar subjetivo de cada persona está determinado por los puntajes obtenidos en cada una de las dimensiones y por la suma total de ellas. La confiabilidad se obtuvo a través del coeficiente alfa de Cronbach (.84) y el coeficiente de partición por mitades con el procedimiento de Spearman-Brown (longitudes iguales) ( $r = .89$ ) y el de Guttman ( $r = .89$ ). La confiabilidad por dimensiones arrojó coeficientes de entre .82 y .84. La validez se estableció por medio del análisis factorial exploratorio con el método de componentes principales, utilizando la rotación ortogonal varimax. La sumatoria de los cuatro factores explicó 61.38% de la varianza total. El tiempo de aplicación de la escala fue de 15 minutos.

### Procedimiento

Se solicitó la colaboración de dos instituciones públicas y dos privadas que atienden a adultos mayores, a las que se requirió la colaboración voluntaria de los participantes, manteniendo las consideraciones éticas respectivas e informándoles el propósito académico de la investigación, su derecho a negarse a participar y la duración, y comunicándoles asimismo que todas las respuestas serían tratadas anónima y confidencialmente, tras de lo cual se les dieron las instrucciones de cada instrumento, los que se aplicaron en una única sesión dentro de las instalaciones de las instituciones seleccionadas. Primeramente respondieron la Escala de Felicidad de Alarcón y seguidamente la Escala Multidimensional del Sentido del Humor. La administración

se hizo individualmente, teniendo los participantes la colaboración de los investigadores en el caso de que necesitaran ayuda. A ningún participante se le expuso a situaciones dañinas o riesgosas. Luego de la recolección de datos, se procedió a realizar un análisis estadístico de los mismos utilizando el paquete estadístico SPSS, versión 20.

## RESULTADOS

### Estadísticos descriptivos

En primer lugar, se procedió a realizar los análisis descriptivos destinados a identificar los niveles de sentido del humor y bienestar subjetivo en los participantes. Los datos reflejan que la muestra se caracterizó por presentar un elevado sentido del humor y de bienestar subjetivo (Tabla 2).

**Tabla 2.** Estadísticos descriptivos de las variables implicadas.

| Variables  | N  | M     | DT     | Mín. | Máx. |
|--|----|-------|--------|------|------|
| <i>Sentido del humor</i>   | 80 | 62.59 | 16.083 | 18   | 96   |
| Creación o generación del humor                                  | 80 | 27.74 | 12.029 | 0    | 48   |
| Uso del humor para hacer frente a la vida                        | 80 | 11.39 | 3.605  | 0    | 16   |
| Reconocimiento y apreciación del humor                           | 80 | 13.03 | 3.604  | 1    | 20   |
| Actitudes hacia el humor y uso del mismo en situaciones sociales | 80 | 10.45 | 1.889  | 2    | 12   |
| <i>Bienestar subjetivo</i>                                       | 80 | 52.75 | 8.407  | 23   | 68   |
| Sentido positivo de la vida                                      | 80 | 29.05 | 4.375  | 11   | 35   |
| Satisfacción con la vida   | 80 | 10.38 | 2.664  | 3    | 15   |
| Realización personal   | 80 | 6.91  | 2.285  | 2    | 10   |
| Alegría de vivir   | 80 | 6.41  | 2.276  | 2    | 10   |

### *Correlación entre el sentido del humor y el bienestar subjetivo*

Hecho lo anterior, se correlacionaron el sentido del humor y el bienestar subjetivo mediante la correlación producto-momento de Pearson, con un nivel de significancia de .01, obteniéndose una correlación positiva moderada entre ambas variables

( $r = .368$ ), es decir, a mayor sentido del humor, mayor bienestar subjetivo.

El bienestar subjetivo mostró relación con las dimensiones del sentido del humor, siendo mayor la que corresponde a la dimensión Actitudes hacia el humor y uso del mismo en situaciones sociales. En la Tabla 3 se muestran las correlaciones entre ambas variables.

**Tabla 3.** Correlación entre sentido del humor y bienestar subjetivo.

|    | 1     | 2     | 3     | 4     | 5    | 6     | 7     | 8    | 9     |
|----|-------|-------|-------|-------|------|-------|-------|------|-------|
| 1  |       |       |       |       |      |       |       |      |       |
| 2  | .82** |       |       |       |      |       |       |      |       |
| 3  | .75** | .55** |       |       |      |       |       |      |       |
| 4  | .66** | .28** | .37** |       |      |       |       |      |       |
| 5  | .54** | .19   | .16   | .46** |      |       |       |      |       |
| 6  | .36** | .36** | .31** | .12   | .17  |       |       |      |       |
| 7  | .25*  | .29** | .25*  | -.01  | .09  | .94** |       |      |       |
| 8  | .30** | .32** | .26*  | .10   | .07  | .70** | .60** |      |       |
| 9  | .23*  | .04   | .09   | .38** | .28* | .36** | .14   | -.01 |       |
| 10 | .46** | .46** | .30** | .25*  | .18  | .44** | .25*  | .27* | .30** |

Nota: \*\* $p < .01$ ; \* $p < .05$ . 1 = Total de bienestar subjetivo; 2 = Sentido positivo de la vida; 3 = Satisfacción con la vida; 4 = Realización personal; 5 = Alegría de vivir; 6 = Total Sentido del humor; 7 = Creación o generación del humor; 8 = Uso del humor para hacer frente a la vida; 9 = Reconocimiento y apreciación del humor; 10 = Actitudes hacia el humor y uso del mismo en situaciones sociales.

### Regresión múltiple entre las dimensiones del sentido del humor y bienestar subjetivo

Luego, se hizo un análisis de regresión lineal múltiple para saber si las dimensiones del sentido del humor eran predictoras del bienestar subjetivo en los adultos mayores venezolanos. Se introdujeron las variables de Creación o generación del humor, Uso del humor para hacer frente a la vida, Reco-

nocimiento y apreciación del humor y, Actitudes hacia el humor y uso del mismo en situaciones sociales. Tres de las variables no entraron en la ecuación, quedando así las Actitudes hacia el humor y uso del mismo en situaciones sociales como predictor importante del bienestar subjetivo. En la Tabla 4 se presentan los resultados obtenidos en el modelo.

**Tabla 4.** Coeficientes de regresión múltiple B (no estandarizados),  $\beta$  (estandarizados) y test  $t$ .

| Modelo   | Coeficientes no estandarizados |       | Coeficientes estandarizados |       | Sig. |
|--|--------------------------------|-------|-----------------------------|-------|------|
|  | B                              | E.E.  | $\beta$                     | $t$   |      |
| 1 (Constante)  | 26.557                         | 5.253 |                             | 5.056 | .000 |
| Creación o generación del humor                                  | 0.024                          | 0.089 | .034                        | 0.266 | .791 |
| Uso del humor para hacer frente a la vida                        | 0.437                          | 0.300 | .187                        | 1.458 | .149 |
| Reconocimiento y apreciación del humor                           | 0.286                          | 0.248 | .122                        | 1.150 | .254 |
| Actitudes hacia el humor y uso del mismo en situaciones sociales | 1.612                          | 0.486 | .362                        | 3.314 | .001 |

El coeficiente de determinación  $R^2 = .261$  indica que las actitudes hacia el humor y uso del mismo en situaciones sociales explica 26.1% de la varianza total del bienestar subjetivo. La  $R^2$  corregida, más baja, explica 22.2%. El valor F del ANOVA ( $F[79] = 6.634, p = .000$ ) indica la existencia de una relación lineal significativa entre las actitudes hacia el humor y el uso del mismo en situaciones sociales y el bienestar subjetivo.

Los coeficientes de regresión no estandarizados (B), coeficientes de regresión estandarizados ( $\beta$ ) y los estadísticos relacionados con la variable predictora pueden observarse en la misma Tabla 4. Los coeficientes indican que la dimensión Actitudes hacia el humor y el uso del mismo en situaciones sociales ( $\beta = .362$ ) aparece como un predictor significativo del bienestar subjetivo. El valor  $t$

del coeficientes de regresión  $\beta$  de la variable predictora fue altamente significativo ( $p < 0.01$ ).

### Diferencias entre sentido del humor y bienestar subjetivo en función del sexo

Seguidamente se aplicó la  $t$  de Student para observar las diferencias entre el sentido del humor y el bienestar subjetivo en función del sexo de los participantes. Los resultados indican que no hubo diferencias significativas en el sentido del humor y en sus dimensiones, ni tampoco en el bienestar subjetivo y sus dimensiones en función del sexo, a excepción de la dimensión Sentido positivo de la vida. Hecho lo anterior, se calculó el tamaño del efecto bajo la fórmula  $d$  de Cohen, donde se evidencia un tamaño de efecto mediano para la mencionada dimensión.

**Tabla 5.** Diferencias de media de las variables de estudio en función del sexo de los participantes.

| Variables  | Mujeres (N = 30) |       | Hombres (N = 50) |       | Prueba $t$ |    |       |           |
|--|------------------|-------|------------------|-------|------------|----|-------|-----------|
|  | M                | DT    | M                | DT    | $t$        | gl | $p$   | $d$ Cohen |
| Sentido del humor  | 63.27            | 16.75 | 62.18            | 15.82 | .291       | 78 | .772  |           |
| Creación o generación del humor                                  | 28.13            | 11.56 | 27.50            | 12.41 | .227       | 78 | .821  |           |
| Uso del humor para hacer frente a la vida                        | 11.20            | 4.25  | 11.48            | 3.19  | -.334      | 78 | .739  |           |
| Reconocimiento y apreciación del humor                           | 13.17            | 3.36  | 12.94            | 3.77  | .271       | 78 | .787  |           |
| Actitudes hacia el humor y uso del mismo en situaciones sociales | 10.77            | 1.69  | 10.26            | 1.98  | 1.164      | 78 | .248  |           |
| Bienestar subjetivo  | 54.63            | 8.15  | 51.62            | 8.43  | 1.580      | 78 | .119  |           |
| Sentido positivo de la vida                                      | 30.40            | 3.57  | 28.24            | 4.63  | 2.189      | 78 | .032* | 0.51      |
| Satisfacción con la vida   | 10.67            | 2.48  | 10.20            | 2.77  | .756       | 78 | .452  |           |
| Realización personal   | 7.10             | 2.13  | 6.80             | 2.38  | .566       | 78 | .573  |           |
| Alegría de vivir   | 6.47             | 2.46  | 6.38             | 2.18  | .164       | 78 | .870  |           |

## DISCUSIÓN

El propósito del presente estudio fue determinar la relación entre el sentido del humor y el bienestar subjetivo en adultos mayores venezolanos. Los resultados obtenidos permiten confirmar la hipótesis de que hay una correlación positiva entre ambas variables; aunado a ello, se evidencia que la población bajo estudio muestra un alto nivel de bienestar subjetivo.

Estos resultados coinciden con los de Arraga y Sánchez (2010), quienes encontraron que, en general, los adultos mayores venezolanos manifiestan un nivel elevado de bienestar subjetivo, lo que se demuestra en las respuestas de los participantes agrupándose en la categoría “alto” una cantidad considerable de quienes muestran un sentido positivo de la vida.

Con respecto al sentido del humor, se obtuvo igualmente un alto nivel en los participantes. Los adultos mayores venezolanos muestran esta fortaleza, la cual se considera una capacidad para identificar con alegría lo incongruente, percibir las dificultades de manera beneficiosa y generar risa en los demás o experimentarla ellos mismos (Martínez, 2006). De las cuatro dimensiones que constituyen este constructo, se evidenció asimismo un nivel alto de creación o generación del humor, lo que describe al adulto mayor venezolano como ingenioso, gracioso, a quien le resulta fácil encontrar el sentido hilarante de las cosas y reír con facilidad.

Estos resultados concuerdan con los de Labarca (2012), quien afirma que el sentido del humor está presente en el adulto mayor venezolano como una construcción social que se elabora a lo largo de la vida y que se afianza en la etapa de la vejez. Por el contrario, difieren de los de Reyes et al. (2011), quienes expresan que a medida en que avanza la edad en las personas, tienden a manifestar menos la risa, la diversión, a incorporar menos humor en su vida y tienen menos probabilidad de notar el humor en el ambiente. Tal contradicción puede explicarse si se tienen en cuenta las siguientes variables: *a)* las características sociodemográficas, ya que en ambos estudios se evalúa el sentido del humor en poblaciones completamente diferentes: adultos mayores y estudiantes universi-

tarios, y *b)* el tipo de investigación y los instrumentos de medida utilizados: el primer estudio fue de índole cualitativa, para lo cual la autora utilizó la entrevista a profundidad, mientras que el segundo fue de tipo cuantitativo, en el cual se construyó un instrumento compuesto por quince chistes.

Toda vez que el sentido del humor y el bienestar subjetivo aparecen en niveles considerables dentro de la población, se encontró una correlación positiva moderada entre ellas, es decir, a mayor sentido del humor, mayor bienestar subjetivo en los adultos mayores venezolanos, siendo las actitudes hacia el humor y el uso del mismo en las situaciones sociales predictores importantes del bienestar subjetivo, resultados que coinciden con los de Rodríguez, Feldman, Blanco y Díaz (2010), quienes afirman que las actividades de humor en un contexto social significativo contribuyen al bienestar del adulto mayor y muestran considerables beneficios psicológicos respecto a la salud y al bienestar psicológico y físico.

Los hallazgos se corresponden asimismo con lo expuesto por Labarca (2012), quien señala que el sentido del humor influye directamente en el entorno de la persona, permitiéndole expresar su personalidad y liberar contenidos inconscientes por medio de bromas y chistes, lo que a su vez determina un buen estado de la salud mental debido a que los efectos del humor, tales como la risa, se convierten en una herramienta para superar adversidades, evitar el decaimiento y fortalecer la autoestima.

En relación al género, mujeres y hombres mostraron un nivel similar de bienestar subjetivo y sentido del humor, así como en la mayoría de sus dimensiones, a excepción de la relativa al sentido positivo de la vida, que fue significativo y predominante en las mujeres. Parte de estos resultados concuerdan con los de Carbelo (2006), quien no halló diferencias significativas en el sentido del humor en cuanto al sexo de los participantes. Piquart y Sörensen (2001), a través de un metaanálisis de trescientos estudios, afirman que debido a un riesgo mayor de viudez en las mujeres y de padecer más problemas de salud, se espera que tengan un menor bienestar subjetivo respecto a los hombres; sin embargo, las mujeres también pueden tener un mayor acceso a fuentes de bienestar

subjetivo, como una mayor relación con los hijos adultos, y participar en los procesos para proteger su yo a través de la disminución de sus aspiraciones.

En cuanto a las limitaciones del estudio, durante su realización se percibió apatía y desinterés por participar, el número de adultos mayores dispuestos que se hallaron en cada centro y el diseño transversal utilizado, que impide observar el desarrollo del sentido del humor y el bienestar subjetivo a lo largo de la etapa de la vejez. Por lo anterior, se recomienda llevar a cabo actividades lúdicas acordes con las preferencias de los sujetos bajo estudio, involucrar a la familia en estas actividades para motivar la participación de aquellos en

futuros estudios y en actividades que fomenten ambas variables; además, parece pertinente ampliar la muestra y utilizar diseños longitudinales.

En conclusión, la presente investigación reafirma que entre mayor es el sentido de humor, mayor es el bienestar subjetivo en los adultos mayores venezolanos. Por lo tanto, se considera relevante el desarrollo de intervenciones individuales y grupales dirigidas a personas de la tercera edad para promover su crecimiento personal y proteger su salud física y mental mediante el fomento del sentido del humor, lo que permitirá que tengan una mayor satisfacción consigo mismos y con su vida.

## REFERENCIAS

- Alarcón, R. (2006). Desarrollo de una escala factorial para medir la felicidad. *Revista Interamericana de Psicología*, 40(1), 99-106.
- Árraga B., M.V. y Sánchez V., M. (2010). Bienestar subjetivo en adultos mayores venezolanos. *Interamerican Journal of Psychology*, 27(1), 12-18.
- Árraga B., M.V. y Sánchez V., M. (2012). Validez y confiabilidad de la Escala de Felicidad de Lima en adultos mayores venezolanos. *Universitas Psychologica*, 11(2), 381-393.
- Blázquez P., F., Martínez M., M.P., Gutiérrez H., C.Y. y Medina C., M.A. (2010). La psicología positiva. Una joven disciplina científica que tiene como objeto el estudio de un viejo tema: la felicidad. *Uaricha, Revista de Psicología*, 14, 30-40.
- Camacho, J. (2008). *Prácticas en psicología positiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Carbelo B., B. (2006). *Estudio del sentido del humor: validación de un instrumento para medir el sentido del humor; análisis del cuestionario y su relación con el estrés*. Tesis doctoral. Madrid: Universidad de Alcalá. Disponible en línea: [http://dspace.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/438/TESIS\\_SegundaP.pdf?sequence=3&isAllowed=y](http://dspace.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/438/TESIS_SegundaP.pdf?sequence=3&isAllowed=y).
- Carbelo B., B. y Jáuregui, E. (2006). Emociones positivas: humor positivo. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 18-30.
- Diener, E. y Scollon, C. (2014). The what, why, when, and how of teaching the science of subjective well-being. *Teaching of Psychology*, 41, 175-183.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R. y Smith, H. (1999). Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.
- Edwards, K.R. y Martin, R.A. (2014). The conceptualization, measurement, and role of humor as a character strength in positive psychology. *Europe's Journal of Psychology*, 10(3), 505-519.
- Guerrero, J. (2013). Comportamiento sexual de protección en adolescentes: un enfoque desde la psicología positiva. *Mayéutica, Revista Científica del Decanato Experimental de Humanidades y Artes*, 1(1), 20-39.
- Guerrero, J. (2014). Resiliencia sexual en adolescentes: una revisión desde la psicología positiva. *Realitas, Revista de Ciencias Sociales Humanas y Artes*, 2(1), 45-50.
- Guerrero, J. y Sánchez, J. (2015). Factores protectores, estilos de vida saludable y riesgo cardiovascular. *Psicología y Salud*, 25(1), 57-71.
- Hilton, J., González, C., Saleh, M., Maitoza, R. y Cole, L. (2012). Perceptions of successful aging among older Latinos in a cross-cultural context. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 27(3), 183-199.
- Labarca, C.M. (2012). Sentido del humor en el adulto mayor. *Telos*, 14(3), 400-414.
- Lai, J.C., Chong, A.M., Siu, O.T., Evans, P., Chan, C.L. y Ho, R.T. (2010). Humor attenuates the cortisol awakening response in healthy older men. *Biological Psychology*, 84(2), 375-380.
- Lurie, A. y Monahan, K. (2015). Humor, envejecimiento y vida: la supervivencia mediante el uso de humor. *Trabajo Social en Salud Mental*, 13(1), 82-91.
- Martin R., A. (2008). *La psicología del humor: un enfoque integrador*. Madrid: Orión Ediciones.
- Martínez M., M.L. (2006). El estudio científico de las fortalezas trascendentales desde la psicología positiva. *Clínica y Salud*, 17(3), 252-253.



- Paredes, D. y Flores, A. (2014). Promoviendo el sentido del humor en las personas adultas con discapacidad intelectual y del desarrollo. *Revista Española de Discapacidad*, 2(2), 219-231.
- Peterson, C. y Seligman, M. (2003). *Los valores en la institución acción. Clasificación de los puntos fuertes en la Universidad de Pennsylvania* [Proyecto]. Filadelfia: Universidad de Pennsylvania.
- Pinquart, M. y Sörensen, S. (2001). Gender differences in self-concept and psychological well-being in old age: A meta-analysis. *The Journals of Gerontology: Psychological Science*, 56B(4), 195-213.
- Prieto S., D., Etxeberria A., I., Galdona N., N., Urdaneta A., E. y Yanguas L., J. (2009). *Las dimensiones subjetivas del envejecimiento*. Madrid: Aartegraf.
- Proyer, R.T., Ruch, W. y Müller, L. (2010). Sense of humor among the elderly. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 43(1), 19-24.
- Reyes R., M., Lara R., G. y Lizcano, E. (2011). Apreciación del sentido del humor en estudiantes universitarios. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 29(2), 344-353.
- Rodríguez F., A. y Goñi G., A. (2011). La estructura tridimensional del bienestar subjetivo. *Anales de Psicología*, 27(2), 327-332.
- Rodríguez T., V., Feldman, L., Blanco G., G. y Díaz, A. (2010). Sentido del humor y salud psicológica en fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales venezolanos. *Anales de Psicología*, 11(1), 91-102.
- Ruch, W., Proyer, R.T. y Weber, M. (2010). Humor as a character strength among the elderly. Empirical findings on age-related changes and its contribution to satisfaction with life. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 43(1), 13-18.
- Seligman, M.E. (2002). *La auténtica felicidad*. Madrid: Biblos.
- Schnettler, B., Denegri, M., Miranda, H., Sepúlveda, J., Mora, M. y Lobos, G. (2014). Satisfaction with life and with food-related life in central Chile. *Psicothema*, 26(2), 200-206.
- Sheldon, K.M. y King, L. (2001). Why positive psychology is necessary. *American Psychologist*, 56(3), 216-217.
- Stephens, A., Deaton, A. y Stone, A. (2014). Subjective wellbeing, health, and ageing. *The Lancet*, 385(9968), 640-648.
- Thorson, J.A. y Powell, F.C. (1993). Development and validation of the multidimensional sense of humor scale. *Journal of Clinical Psychology*, 49, 13-23.

# La ofrenda del Día de Muertos como una estrategia de psicoterapia de arte para adultos mayores

## *Day of the Dead offering as an art psychotherapy strategy for older adults*

*Fernando Quintanar Olguín y Karen Ivón López Martínez<sup>1</sup>*

### RESUMEN

Se abordó el proceso de elaboración de ofrendas del Día de Muertos como un recurso cultural con fines psicoterapéuticos a partir de la psicoterapia de arte en grupos de adultos mayores. Se trabajó desde la metodología cualitativa mediante la investigación-acción participativa y un enfoque comunitario y grupal. Se definieron categorías de análisis, además de que se identificaron respuestas a nivel sensorial, procesos de cambio individual y familiar y desarrollo del proceso grupal. Como parte del trabajo del psicólogo que puede realizarse más allá del consultorio, se propone emplear recursos culturales tales como las citadas ofrendas, lo que acarrea beneficios emocionales, psicosociales y grupales.

**Palabras clave:** Ofrendas de Día de Muertos; Psicoterapia de arte; Proceso grupal; Análisis multinivel; Grupos de adultos mayores.

### ABSTRACT

*The present study addressed the process of elaborating Day of the Dead offerings as a cultural resource for therapeutic purposes in art psychotherapy for older adults under group treatment. Qualitative methodology through participatory research-action was employed, through a community and group approach. Categories of analysis were defined, as well as some senso-perceptual responses. The study also identified individual and family change processes, and development of group process. These authors conclude that the use of cultural resources, such as these offerings, which entail emotional, psychosocial and group benefits, should probably be integrated to the professional activities of psychologists working in the community.*

**Key words:** Day of the Dead offerings; Art psychotherapy; Group process; Multilevel analysis; Groups of older adults.

## INTRODUCCIÓN

En la atención psicológica de la población adulta mayor es común encontrar que las personas hayan experimentado la pérdida de seres queridos y que lleven a cabo diversas actividades para procesar la experiencia, que generalmente es incómoda y dolorosa. Esas actividades pueden consistir en rituales que se sustentan en la práctica de alguna creencia espiritual o cosmovisión, y no necesariamente en un credo religioso. En México, el 2 de noviembre de cada año se celebra el Día de Muertos como una fes-

---

<sup>1</sup> Programa de Investigación en Psicología del Envejecimiento, Tanatología y Suicidio, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, Av. de los Barrios s/n, Col. Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Edo. de México, tels. (55)25-38-78-52 y (55)42-89-32-68, correos electrónicos: quintanarof@yahoo.com y karenivonne03@gmail.com. Artículo recibido el 4 de marzo y aceptado el 3 de junio de 2016.

tividad con arraigo indígena, declarada en 2003 como “Obra maestra del patrimonio oral e intangible de la humanidad” por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) (cf. Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, 2006). La celebración del Día de Muertos es una tradición cultural que se ha mantenido a lo largo del tiempo. Existen vestigios de que esta celebración se festejaba desde el año 1300 a. C., a pesar de lo cual se ha mantenido hasta hoy, incorporando paulatinamente diferentes elementos culturales y religiosos; la ofrenda consiste en instalar altares en los hogares en honor de los muertos de la familia, donde se les ofrecen alimentos, velas, flores y otros objetos.

Según Zarauz (2000), tal celebración tiene una larga historia en México. Desde antes de los aztecas ya había indicios de que en las culturas prehispánicas se tenía un claro sentido de la muerte.

Se han hecho investigaciones en relación a la muerte y a sus rituales desde la antropología y la filosofía, centradas generalmente en el sentido y significado de la muerte para grupos específicos, la participación comunitaria ante el fallecimiento de uno de sus integrantes, la diferenciación y función social de tipos de rituales funerarios y posfunerarios, el análisis de las costumbres y las creencias sobre la muerte, o la relación entre el mito y el rito subyacente (Allué, 1998; Ariès, 1983; Durán, 2003; Gómez y Delgado, 2000; Johansson, 2003; Malvido, 2006; Mendoza, 2005).

No obstante, la psicología y la psicoterapia pocas veces han emprendido el estudio de tales rituales, como es el caso de la ofrenda de Día de Muertos, como un recurso para atender las necesidades emocionales compartidas por diferentes personas; por ejemplo, el trabajo de apoyo tanatológico que se puede proporcionar a personas que han sufrido la pérdida de seres queridos. Cabe señalar que los rituales que se realizan en el campo psicológico difieren de los que se llevan a cabo en otras áreas, en tanto que conllevan procesos de transformación de experiencias y tienen la función de servir como rituales terapéuticos para los acontecimientos difíciles de la vida, como las separaciones y la muerte (Van der Hart y Goossens, 1987).

Entre los estudios realizados sobre el papel psicológico de los rituales que se emprenden tras

un fallecimiento se encuentra el de Gibblin y Hug (2006), quienes investigaron la función psicológica de los rituales funerarios, y refieren que el ritual debería concebirse como un evento multidimensional que se extiende más allá de su puesta en escena. De manera que no es el ritual funerario en sí mismo el que trae consecuencias psicológicas, sino que hay que tomar en cuenta los momentos previos y posteriores al mismo, como las visitas al moribundo, la ayuda a la familia en las tareas necesarias, el funeral, las reuniones después de éste, las misas o rezos y demás, puesto que ese proceso en general y en sus diferentes momentos responde a distintas necesidades psicológicas y espirituales.

Una de las características de los rituales que se reconoce como primordial para transitar por el proceso de experimentar una pérdida es la participación del otro. Este atributo lo destaca Allué (1998) en un estudio sobre la ritualización de la muerte, en el que señala que se espera que el ritual tenga la función de “socializar la pérdida” y permita la expresión emocional de los sentimientos que la misma genera. El autor considera importante la participación de la comunidad en los rituales en torno a la muerte, pues gracias a la presencia del otro la muerte puede reconocerse de manera pública. En este sentido, se abre la posibilidad de hacer un trabajo colectivo o grupal, y no solamente de cumplir un ritual.

Lo anterior coincide con el estudio de Hayslip, Booher, Riddle y Guarnaccia (2005), quienes examinaron las actitudes de los deudos hacia los funerales, encontrando que el funeral era considerado como una oportunidad para expresar el dolor de manera pública, al tiempo que se recibe el apoyo emocional de familiares y amigos. En las investigaciones de Lemming y Dickson hechas en 1994 (cf. Dass-Brailsford, 2010) y en la realizada por O'Rourke, Spitzberg y Hannawa (2011) se reconoce que entre los beneficios de participar en las ceremonias del funeral se incluye la recepción de apoyo y confort, así como la expresión pública de emociones como la angustia, la tristeza, el dolor, la pérdida y el pesar.

Tizón (2004) refiere que los rituales poseen un valor cuádruple: un valor *emocional* al posibilitar la expresión de emociones y sentimientos en un marco de seguridad; un valor *económico*, en la medida en que los participantes suelen apoyar a

la familia con lo necesario para la realización de los diversos rituales; un valor *simbólico y comunicacional*, pues son formas de comunicar sentimientos, ideas y fantasías, y un valor de *cohesión social*, en tanto que al requerir una participación en conjunto puede unir a los miembros del grupo. Lo anterior coincide con lo afirmado por Arias y Vargas (2003) respecto a la utilidad de la terapia de arte en la atención psicológica.

Castle y Phillips (2003) analizaron algunos aspectos de los rituales que facilitan el ajuste al duelo, mientras que Reeves (2011) examinó la aceptación de la muerte a través del ritual. En ambas investigaciones se identificaron elementos específicos de los rituales en torno a la muerte que conllevan beneficios terapéuticos, para lo cual se requiere que el ritual sea significativo para las personas, que estas se sientan en un ambiente seguro y de confianza para la expresión de emociones, y que se cuente con la participación del otro. Se considera que los rituales tienen consecuencias positivas en los deudos, tales como reevaluar las prioridades de la vida, aceptar el dolor como un proceso progresivo, y sentirse menos aislados y más conectados con los otros al establecer una red de apoyo social y trabajar con sus emociones, todo ello encaminado a la elaboración de la pérdida.

A partir de estos antecedentes, es posible la atención psicológica aprovechando los rituales que se llevan a cabo por la muerte de una persona –en este caso, el ritual de la ofrenda de Día de Muertos– como un recurso para trabajar sobre el impacto que puede tener esa pérdida en la comunidad o en un individuo, como una práctica que va más allá de una mera tradición o del cumplimiento de ritos religiosos, y que se pueda estudiar desde un enfoque psicológico grupal, incluyendo los elementos necesarios para abordarse como una estrategia de psicoterapia de arte en un análisis de procesos de grupo.

García (2013) considera que durante el montaje de una ofrenda se genera un proceso grupal que puede ser orientado a una forma psicoterapéutica en distintos niveles. El primer componente a abordar consiste en visualizar dicho montaje como un proceso grupal distinto al de una práctica cultural perteneciente a algún credo religioso. Asimismo, debe diferenciarse entre la celebración del Día de Muertos y el montaje de la ofrenda.

La primera se refiere al momento festivo con un motivo definido, y el segundo a una actividad que implica un proceso de convivencia y de evocación que se concreta en la elaboración de un espacio para un ritual que implica la movilización de la familia y de sus redes de apoyo social.

En este caso, se consideran ciertos elementos conceptuales y metodológicos que permiten una propuesta de atención que se puede brindar colectivamente, considerando aspectos que se abordan a partir de una aproximación multinivel, retomada del enfoque de caos y complejidad, según Quintanar (2015) y López (2013), la cual permite analizar secuenciada y coordinadamente distintas acciones y estrategias para atender a la población adulta mayor.

Para los fines de este reporte, se retoman metodológicamente las estrategias grupales de los grupos de crecimiento, en las que se consideran las quince etapas por las que un grupo puede transcurrir (Rogers, 1973); pero además se incluyen siete facetas que el grupo de población anciana puede presentar en diferentes momentos, en los que se reconoce que entre los principales indicadores de cambio e impacto del proceso grupal se encuentra la permanencia y la regularidad de los integrantes del grupo, quienes toman la iniciativa personal de definir los momentos pertinentes para abordar los aspectos críticos del grupo, las expresiones de reposicionamiento de la persona y el humor sano (Quintanar, 2013). Estos elementos facilitan abordar una temática que propicia la reedición de ciertos pasajes de su historia y la actualización de los sentimientos, roles y jerarquías en los que se manifiestan sus prejuicios y estereotipos (Flores, 2013). Dado lo anterior, el presente estudio pretendió identificar el proceso grupal que tiene efectos psicoterapéuticos durante el montaje de una ofrenda de muertos, como una estrategia de trabajo hecha desde la psicoterapia de arte.

Así, el presente estudio se realizó a partir de la metodología de investigación-acción participativa, desde un enfoque comunitario y grupal, orientado a analizar componentes psicoterapéuticos para el beneficio de las personas mayores con duelo por el fallecimiento o riesgo de que fallezcan seres queridos, a fin de que los investigadores se involucraran en los límites definidos por las tareas a realizar en el propio proceso de trabajo asumiendo

el rol de coordinadores, quienes participaban en las mismas actividades que las personas mayores, como cortar o picar papel, pintar calaveras o elaborar flores con distintos materiales, entre otras. Este tipo de metodología permitió que, en el momento de cierre de la actividad, fuera posible reflexionar y elaborar la experiencia para que todos los participantes repensaran lo experimentado en sus duelos y en su participación en la elaboración de las ofrendas.

Se hizo y analizó la experiencia de un trabajo de cinco años, durante los cuales se pudo rescatar, integrar, definir, aplicar y desarrollar esas diferentes experiencias, con las cuales fue posible proporcionar información, atención y apoyo a grupos de adultos mayores y usuarios que asistían a centros de salud y a una clínica universitaria, en los cuales no se contaba con todos los recursos humanos que permitieran brindar atención personalizada en los casos de duelo por la muerte de seres queridos.

En consecuencia, el objetivo general del estudio fue analizar y evaluar el impacto del proceso grupal en la elaboración de ofrendas, utilizada con fines psicoterapéuticos como un recurso cultural, a partir de la psicoterapia de arte, en grupos de adultos mayores, como una intervención comunitaria y colectiva en centros de salud. Los objetivos específicos fueron, a saber: identificar las posibles etapas del proceso grupal que se genera durante el montaje de la ofrenda; diferenciar los niveles de impacto del proceso de montaje de una ofrenda, y diferenciar las distintas formas de comportamiento ante los diversos componentes de la misma.

## MÉTODO

### Participantes

El estudio se realizó en dos momentos. En el primero se contó con la participación de cuatro grupos de personas adultas mayores, asistentes regulares a centros de salud comunitaria de la Ciudad de México, con un promedio de catorce participantes por grupo. En dichos centros se organizaban diversas actividades, como talleres, pláticas sobre temas de salud o exposiciones que permitieran la participación de las personas mayores. En el segundo, se trabajó con un grupo de adultos

mayores asistentes permanentes al Programa de Investigación en Psicología del Envejecimiento, Tanatología y Suicidio de la FES Iztacala de la UNAM, con un promedio de dieciocho participantes. En ambos casos se trabajó con hombres y mujeres con rango de 60 a 89 años de edad, funcionales e independientes.

### Procedimiento

El proceso de elaboración de las diversas ofrendas se realizó, en todos los escenarios, en siete fases que se definen abajo y en las cuales se hicieron grabaciones en video y fotografías que luego se revisaron, según lo propuesto por Quintanar (2013), para identificar y definir los cambios ocurridos durante el proceso grupal.

#### *Fase 1. Apertura.*

Se planeó el montaje de la ofrenda y se definieron las estrategias para reconocer los indicadores de referencia de cambios. En esta primera fase, se solicitó a los participantes su colaboración en el montaje de las ofrendas e ideas para realizar la actividad; se calendarizaron las actividades particulares necesarias para dicha ofrenda y se definieron los acuerdos y responsabilidades para participar en el montaje. Esta fase comenzó entre un mes y mes y medio antes de la fecha y tuvo una duración de tres a cuatro días. Los coordinadores y becarias fueron quienes dirigieron las sesiones y definieron los citados acuerdos en conjunto con el grupo.

#### *Fase 2. Definición.*

Se inició la preparación de las ofrendas con la definición de los componentes que la iban a integrar, así como la forma y el lugar en que se decidió montarlas. Dentro de los elementos se incluyó concretamente la elaboración de:

- Flores de papel de china y crepé.
- Papel picado.
- Calaveras de papel maché y cerámica.
- Refranes sobre la muerte.
- Compra de dulces conmemorativos.
- Preparación de platillos propios de Día de Muertos, como pan de muerto, dulces de calabaza y camote, mole, frutas y bebidas.



- Diseño de lápidas y criptas ornamentales.
- Adquisición de flores de cempaxúchitl y nube.
- Designación de los personajes de catrinas.
- Recolección de imágenes o fotografías de los difuntos a los que se dedicaba la ofrenda.
- Adquisición de adornos complementarios, tales como anafres, incienso y copal, utensilios de barro y tela, veladoras y otros.
- Elaboración de carteles y oficios de invitación a la comunidad universitaria y autoridades.

### *Fase 3. Elaboración.*

Una vez iniciadas las actividades de obtención o elaboración de los elementos necesarios, se llevaron a cabo actividades en equipo en el salón de trabajo, que se conformaron con entre tres y seis personas encargadas de realizarlas en un mismo horario y lugar.

En estos grupos de trabajo no se elaboraron ofrendas temáticas, como tradicionalmente se hace en una ofrenda; en este caso, se elaboraron libremente, de acuerdo a las ideas que los participantes tenían en ese momento y a los acuerdos a los que llegaron. De esta manera, la ofrenda toma un sentido más personal y a los participantes se les percibe más implicados en ella. Esta fase tuvo una duración de siete a nueve días.

### *Fase 4. Montaje.*

En esta fase se inició el montaje de la ofrenda, en la que participó todo el grupo, en conjunto con los coordinadores, estudiantes, becarias y, en algunas ocasiones, personas que acudían a otros servicios, como educación especial o consulta médica, y consistió en adornar los espacios, definir las áreas e iniciar el arreglo de los niveles y la obtención de recursos para la exposición. Esta fase tomó una a dos sesiones y permaneció exhibiéndose durante esa semana, en la cual se fueron agregando elementos a juicio de los participantes. Se invitó a las personas que asistían a consulta y a otros servicios a que colaboraran en la ofrenda con algo alusivo a la misma, pero se señaló que debía de ser propiamente una ofrenda del Día de Muertos y no del Halloween o de otros credos religiosos.

### *Fase 5. Realización.*

Durante esta fase se llevó a cabo la Ceremonia del Encendido de la Ofrenda, dirigida por los coordinadores. Asistieron y participaron la comunidad

universitaria, las autoridades de la misma o de los centros de salud, y los familiares y amigos del grupo, a quienes se invitó con anterioridad. Asimismo, los estudiantes, las becarias del programa y algunas de las señoras del grupo se vistieron de catrinas e invitaron a todos a hacer lo mismo. Los platillos, bebidas, frutas y dulces se colocaron hasta este día a fin de que estuvieran calientes y humeantes; además, se encendió copal e incienso, lo que impregnó el entorno con sus aromas.

Los coordinadores comenzaron la ceremonia con un discurso enfocado a las pérdidas y a la muerte. Se dio a los asistentes una explicación acerca de la ofrenda, resaltando que se trataba de un recurso que es parte de la cultura y que no tiene que ver con un credo religioso en particular. Se invitó a que cada quien tomara una veladora y “compartiera la luz” con los demás, y que posteriormente la colocaran en cualquier lugar de la ofrenda y la dedicaran a sus propios difuntos, esto con el fin de promover la sensibilidad para el reconocimiento de los duelos no elaborados y de las pérdidas no superadas; se solicitó además a los participantes a que evocaran recuerdos, reconocieran sentimientos, establecieran contacto con otros asistentes y se involucraran personalmente en la ofrenda.

Al finalizar la ceremonia, se hizo una invitación para compartir los alimentos dispuestos para ese momento, convivir con el grupo y posibilitar una relación intergeneracional, pues asistieron desde niños hasta adultos mayores.

### *Fase 6. Cierre.*

La fase de cierre se centró en el grupo de adultos mayores, estudiantes y becarias. Los coordinadores dirigieron el cierre, que tuvo como objetivo discutir acerca de las implicaciones que había tenido realizar el ritual de la ofrenda en relación con las pérdidas que cada integrante había vivido y con aquellas que se compartieron. Asimismo, se analizó el papel que tuvo el ritual en el proceso grupal, tanto del grupo de adultos mayores, como el de sus grupos de familiares y amigos. De igual forma, se reflexionó colectivamente sobre el impacto logrado en los asistentes y la forma en que ellos se involucraron, con el propósito de propiciar un mayor acercamiento con el grupo al compartir sus experiencias.

### Fase 7. Supervisión.

Tras el montaje de la ofrenda se hizo una reunión de supervisión entre coordinadores, estudiantes y becarias en la que se revisaron tres aspectos: *a)* revisión del trabajo realizado a partir de los planteamientos teóricos del proceso grupal, tanatología, psicoterapia de arte, psicoterapia Gestalt, teoría sintérgica de Grinberg y teoría jungiana; *b)* revisión de los aspectos técnicos de la organización del evento, como situaciones ocurridas durante la organización del trabajo, componentes materiales requeridos o indicadores de impacto, y *c)* análisis y revisión del propio proceso personal y grupal del equipo de trabajo. También se incluyeron estrategias de contención en cuestiones que pudieran afectar a los integrantes del equipo de trabajo. Cuando fue necesario, se revisaron los propios cambios familiares y la relación de los participantes con sus respectivos equipos.

A continuación se procedió a analizar los resultados, donde se describen los momentos que conformaron el proceso grupal y la construcción de categorías de análisis del comportamiento resultante del trabajo hecho.

## RESULTADOS

Según los resultados obtenidos, puede decirse que se cumplieron los objetivos planteados en tanto que fue posible detectar un patrón de comportamiento grupal común al trabajo que se hizo en los centros de salud y en la clínica universitaria, donde se participó en una misma actividad. De esta manera, se construyeron categorías según lo observado en todos los grupos, lo que permitió identificar rubros a partir de los cuales se puede ubicar lo observado a lo largo del proceso de elaboración de las ofrendas. La información reportada se obtuvo del análisis de videos, bitácoras de trabajo y notas de supervisión.

### Categorías

- *Movilización grupal.* Son los cambios que se presentan de forma natural en el grupo conforme se avanza en el proceso de trabajo, en una actividad, y que dan cuenta del involucramiento de los participantes en las tareas específicas necesarias para la elaboración de la ofrenda.

- *Activación de mecanismos neuropsicológicos.* Son las reacciones y respuestas del individuo que tienen una base neuropsicológica y que surgen ante estimulaciones específicas y tareas que pueden manifestarse como un posible beneficio en funciones neuropsicológicas tales como atención, coordinación visomotora, juicio y cálculo.

- *Beneficios psicológicos del montaje de la ofrenda.* Son los diferentes niveles de impacto positivo en los participantes como resultado del proceso ritual de la ofrenda y que pueden ser identificados a lo largo de las diferentes fases o en momentos posteriores al mismo.

- *Reconocimiento emocional.* Manifestación de un reconocimiento explícito de la carga emocional por pérdidas sufridas a lo largo de la vida debidas al fallecimiento de seres cercanos, con diversidad de sentimientos y emociones que la persona puede experimentar a lo largo del proceso de la elaboración de la ofrenda.

- *Desencadenantes de la ofrenda.* Componentes y elementos vinculados a la ofrenda que pueden propiciar formas de comportamiento que hagan posible la resignificación, adaptabilidad y reconocimiento de las experiencias compartidas entre los participantes o sus familiares y seres cercanos.

- *Proceso ritual de la ofrenda.* Es la forma de inicio, desarrollo, clímax, cierre y seguimiento en que los participantes se ven involucrados en el montaje y desarrollo de los componentes de la ofrenda, incluyendo su sentido y la especificación del difunto al que se le dedica.

También se identificaron los siguientes tres grandes rubros de resultados a partir del proceso grupal que se generó en el trabajo con el ritual de la ofrenda del Día de Muertos en los diferentes escenarios.

### Respuestas sensoperceptuales

A lo largo de todo el proceso de trabajo pudieron observarse indicadores del impacto a nivel neuropsicológico, pues se pudo observar un desarrollo de la atención y concentración de los participantes conforme se involucraban en las actividades, por lo que pudieron realizarlas durante un tiempo sostenido de entre una hora y media a casi dos horas, sin dispersarse en otras actividades. Otro punto es que todos los participantes llegaron a realizar la

planeación de diferentes tipos de ofrenda, como calcular tiempos, gastos y materiales y programarlos para el logro de las actividades. Al mismo tiempo, fue evidente que se pusieron en práctica distintos tipos de memoria, entre las cuales resaltó la memoria de trabajo, pues las actividades de la ofrenda les ayudaron a rescatar formas de realizar las actividades y preparar los materiales de trabajo.

A lo largo del trabajo se hizo clara la presencia de funciones ejecutivas y de coordinación visomotora. Se detectaron ocho casos, en diferentes momentos, de personas que tuvieron problemas de control de impulsos, pues llegaron a comportarse de forma muy irritable, intolerante y mostrando reacciones impulsivas en el trabajo, lo que les hizo muy difícil completarlo, llegando incluso a observar que dos personas se retiraron del grupo, aunque volvieron a las siguientes sesiones.

### **Proceso de cambio individual y familiar**

Un segundo conjunto general de resultados tiene que ver con los cambios ocurridos en las personas o en sus familias. No fue posible identificar cambios particulares de los participantes en los centros en los que se trabajó, pero sí reconocerlos en la dinámica y la relación familiar. Se observaron cambios en las actitudes personales y en valores que condujeron a una mejor socialización, pues la gente transformó algunas de sus prioridades personales en prioridades en su relación con los otros. También se observaron cambios en hábitos y costumbres, toda vez que hubo quienes inicialmente no ponían la ofrenda en sus hogares ni visitaban los cementerios, lo que a la poste terminaron haciendo. Un importante cambio personal fue que los participantes valoraron su espacio y defendieron el empleo de su tiempo y sus actividades ante las demandas familiares.

En relación a los cambios familiares, se pudo observar que, en diferentes momentos, la familia se involucró en alguna fase del montaje de la ofrenda, llegando así a hacerse partícipes y colaboradores secundarios, lo que tuvo un impacto en el grupo familiar al propiciar acercamiento, comunicación, intimidad y apoyo. Los participantes reportaron que había ahora un reencuentro familiar y ya podían compartir sus experiencias de forma natural; incluso podían hablar de la muerte más libremente

entre ellos y evocar su dolor por la ausencia de sus seres queridos fallecidos. Además, se restableció una forma de convivencia intergeneracional que ya se había perdido.

### **Desarrollo del proceso grupal**

En todas las experiencias compartidas del montaje de la ofrenda en los diferentes centros se observó que la realización de este tipo de actividad facilitó la integración de las personas de reciente ingreso a los programas elaborados para adultos mayores. Conforme avanzaba el proceso de montaje de la ofrenda, se conservó la asistencia de la mayor parte de los participantes en los grupos, quienes mostraban mayor interés y esfuerzo al dedicarle más tiempo de lo programado, sin importar su credo religioso u otras creencias.

Un detalle muy importante es que, en las últimas fases del trabajo, los participantes llegaron a dedicar a sus compañeros algo del motivo de la ofrenda a través de las calaveras de dulce, los refranes, las calaveras grabadas o los alimentos preparados. A medida que se aproximaba el momento final de la ofrenda, aprendieron a trabajar bajo presión de forma más creativa y cooperando más que compitiendo. En el caso en que se llegaran a percibir conflictos, siempre se procuró resolverlos durante el proceso de montaje y de forma supervisada; sin embargo, hay que señalar que en dos casos el trabajo de este tipo llevó a que el grupo se hiciera tan rígido que no permitió el ingreso de nuevos participantes; en ambos casos, cuando por motivos personales tres personas que propiciaban esa actitud se retiraron, los grupos lograron un trabajo colaborativo al integrar nuevos participantes. Estos tipos de comportamientos no ocurrieron intencionalmente; de hecho, surgieron de forma natural pero consistente durante el trabajo grupal.

Se identificó también que las ofrendas que se ponen en el hogar se destinan principalmente a familiares y seres cercanos, mientras que en el caso de la ofrenda que se montó en tres centros de salud hubo dos momentos diferentes. En el primero, la ofrenda se ofreció al personal del centro de salud en que eran atendidas las personas y a sus compañeros de trabajo u otros miembros del grupo; después, al momento de la ceremonia “de la prendida” y la colocación de los cirios en

la ofrenda, los asistentes y participantes a dicho centro pudieron ofrecerla a sus seres queridos particulares; en el último caso, una ofrenda temática montada colectivamente se ofreció a personajes o grupos significativos de la comunidad, fuesen o no conocidos de ellos. En el segundo y tercer casos también hubo momentos que se hizo referencia a personas vivas, pero conocidas por el grupo o la comunidad, que generalmente desempeñaban un rol importante en la vida cotidiana en los espacios trabajados, como jefes, directores, funcionarios o figuras públicas en general. Hay que señalar que, al momento de escribir este reporte, en el caso del grupo universitario hubo una participante en fase terminal. Ella era cristiana, y en ese credo no se practica el montaje de la ofrenda de Día de Muertos; aun así, solicitó a sus compañeras de grupo que la próxima ofrenda se la dedicaran a ella, encargándoles los alimentos y adornos que deseaba. Dijo estar lista y en paz para morir. En otro caso, un varón con mal de Parkinson, quien vivía solo, empezó a preparar catrinas y adornos para la siguiente ofrenda, anticipándose así a esta actividad e integrándola a sus prioridades.

## DISCUSIÓN

El psicólogo que labora en el ámbito de la atención al adulto mayor y la tanatología puede disponer de estrategias generadas en la cultura de la comunidad en la que trabaja, como es el caso de la ofrenda del Día de Muertos; pero es necesario que se rescaten, reconozcan y aborden ciertos procesos psicológicos básicos que, según Pellicer (2014), son la base para la expresión de formas de comportamiento más complejas. En el trabajo directo, estos procesos psicológicos de distinto grado de complejidad ocurren simultáneamente en las actividades que se llevan a cabo. En el caso presente, con población adulta mayor, la diferencia con otras formas de trabajo es que aquí se hizo de manera orientada a partir de elementos de la psicoterapia de arte y el proceso grupal. Sin embargo, para entender el flujo de comportamiento que la actividad genera se requiere seguir el curso y origen de los diferentes procesos psicológicos para poder comprender cómo se vinculan. Un ejemplo de ello fue el caso de personas con demencia, epi-

lepsia o alzheimer, que son padecimientos que modifican los procesos psicológicos básicos de atención, concentración, coordinación visomotora, control de impulsos y juicio lógico; quienes los padecían, tenían dificultad para incorporarse a la dinámica del grupo, pero quienes tenían intactas sus funciones psicológicas básicas pudieron trabajar sin problemas ni restricciones.

Es importante trabajar con una visión del proceso grupal en la cual se puedan incluir las diferentes fases por las que atraviesa un grupo de participantes durante el montaje de una ofrenda. La forma en que se cumplen las fases y el modo en que se superan los obstáculos grupales, además de la dirección que se le dé a dicho grupo para el abordaje de las pérdidas de sus seres queridos, son los componentes que permiten que la actividad facilite un proceso psicoterapéutico de apoyo emocional e integración grupal y genere asimismo puentes para la relación intergeneracional y comunitaria tan necesaria para la población adulta mayor.

El impacto que tuvo el ritual de la ofrenda se puede apreciar en distintos niveles: un nivel sensorceptual, un nivel intrapsíquico y un nivel interpersonal, los cuales se encuentran a su vez en una relación constante. Retomando lo planteado por Rains (2004), el nivel sensorceptual se puede activar con la mezcla de colores, sabores, olores, sonidos y sensaciones que rodean el ambiente, que en este caso se crea por medio del ritual, y que alcanza tanto a quienes participan de manera directa en el proceso como a los que forman parte del escenario, como la comunidad universitaria que, aun cuando no tenga una participación directa en el ritual, se ve involucrada por medio de dicha estimulación. El nivel interpersonal tiene lugar a lo largo de todo el proceso del ritual de la ofrenda, como la organización del grupo para llevarla a cabo, lo que conlleva asumir roles y compromisos para el logro de la tarea. El nivel intrapsíquico incluye las consecuencias de la carga emocional inconsciente que se va generando a lo largo del proceso de montaje y levantamiento de la ofrenda, en el cual se establecen vínculos interpersonales tan intensos y espontáneos que se manifiestan de forma natural, sin restricción de tiempo y espacio.

Se deberá tener cuidado de que, cuando se trabaje profesionalmente el montaje de la ofrenda, se tenga clara la diferenciación entre el desarrollo



y organización de una actividad colectiva culturalmente realizada como ritual y, por otro lado, el desarrollo de una estrategia psicológica y tanatológica de atención a la salud emocional y al bienestar psicosocial en los espacios en que se atiende a los diferentes tipos de población. En el primer caso, se le puede considerar como una condición de trabajo en cuestiones de cultura, tiempo libre y recreación que tiene beneficios sociales, pero en el segundo se requiere claridad sobre las estrategias de trabajo grupal sobre las bases de la psicoterapia de arte y la tanatología.

Montar una ofrenda con elementos que colectivamente se asume que pueden incluirse permite que las personas sean partícipes y le den sentido a la actividad; no consiste en poner cualquier elemento como una mera forma de adornar un espacio, pues se tiene el consenso acerca de los elementos que son propios de la celebración de Día de Muertos mexicano, lo que facilita la pertenencia a un grupo.

## REFERENCIAS

- Allué, M. (1998). La ritualización de la pérdida. *Anuario de Psicología*, 29(9), 67-82.
- Arias, D. y Vargas, C. (2003). *La creación artística como terapia*. Barcelona: Integral.
- Ariès, P. (1983). *El hombre frente a la muerte*. Madrid: Taurus.
- Castle, J. y Phillips, W.L. (2003). Grief rituals: Aspects that facilitate adjustment to bereavement. *Journal of Loss and Trauma*, 8(1), 47-71. doi:10.1080/15325020305876
- Consejo Nacional para la Cultura y las Artes (2006). *La festividad indígena dedicada a los muertos en México* (Cuaderno 16). México: Conaculta.
- Dass-Braileford, P. (Ed.) (2010). *Crisis and disaster counseling: lessons learned from hurricane Katrina and other disasters* (pp. 213-228). Los Angeles, CA: Sage.
- Durán F., O. (2003). Rueda por las ánimas. *Revista de Ciencias Sociales*, 1(99), 121-136.
- Flores, M. (2013). El dispositivo grupal: elemento central para generar un proyecto de vida en la tercera edad. En F. Quintanar (Ed.): *Atención psicológica de las personas mayores. Investigación y experiencias*. México: Pax.
- García, A. (2013). *Análisis institucional de dos espacios: C.A.I. Piña Palmera en atención a la discapacidad y Casa Xochiquetzal en atención a mujeres sexoservidoras de la tercera edad*. Tesis inédita de licenciatura en Psicología. México: UNAM.
- Gibblin, P. y Hug, A. (2006). The psychology of funeral rituals. *Liturgiy*, 21(1), 11-19. doi: 10.1080/04580630500285956.
- Gómez, A. y Delgado, A. (2000). *Ritos y mitos de la muerte en México y otras culturas*. México: Grupo Editorial Tomo.
- Hayslip Jr., B., Booher, S., Riddle, R. y Guarnaccia, C. A. (2005). Proximal and distal antecedents of funeral attitudes: A multi-dimensional analysis. *Omega: Journal of Death and Dying*, 52(2), 121-142.
- Johansson, P. (2003). *Días de muertos en el mundo náhuatl prehispánico*. México: ENAH/IIH.
- López, K. (2013). *Ofrenda de Día de Muertos como proceso grupal para la elaboración del duelo en personas de la tercera edad*. Tesis inédita de Licenciatura. México: UNAM.
- Malvido, E. (2006). *La festividad de Todos Santos, Fieles Difuntos y su altar de muertos en México. Patrimonio intangible de la humanidad* (Cuadernos 16, pp. 42-55). México: Conaculta.
- Mendoza, E. (2005). *Día de Muertos en la Mazateca: Una mirada desde la antropología del comportamiento*. México: INAH.
- O'Rourke, T., Spitzberg, B. y Hannawa, A.F. (2011). The good funeral: toward an understanding of funeral participation and satisfaction. *Death Studies*, 35, 729-750. doi: 10.1080/07481187.2011.553309.
- Pellicer, F. (2014). Bases neurobiológicas de la emoción y la conducta. En J. R. de la Fuente y G. Heimze (Eds.): *Salud mental y medicina psicológica* (pp. 81-94). México: McGraw-Hill.
- Quintanar, F. (2013). El proceso grupal de convertirse en persona adulta mayor. *Revista de Psicología Humanista Prometeo*, 67, 16-26.
- Quintanar, F. (2015). Estrategias auxiliares del psicólogo: formación de redes de apoyo al adulto mayor. *Orientación Psicológica y Adicciones*, 9, 51-60.
- Rains, D. (2004). *Principios de neuropsicología humana*. México: McGraw-Hill.
- Reeves, N. (2011). Death acceptance through ritual. *Death Studies*, 35 (5), 408-409. doi: 10.1080/07481187.2011.552056.
- Rogers, C. (1973). *Grupos de encuentro*. Buenos Aires: Amorrortu.



Tizón, J.L. (2004). *Pérdida, pena, duelo: vivencias, investigación y asistencia*. Barcelona: Paidós.

Van der Hart, O. y Goossens, F.A. (1987). Leave and taking rituals in mourning therapy. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 24(1-2), 87-98.

Zarauz, H. (2000). *La fiesta de la muerte*. México: Conaculta.

## REQUISITOS DE PUBLICACIÓN

### ENVÍO DE ARTÍCULOS:

1. La revista *PSICOLOGÍA Y SALUD* recibe trabajos originales en las modalidades de reportes de investigación, informes, artículos monográficos, reseñas bibliográficas, analíticas o comentadas en el campo de la psicología de la salud.
2. Todos los artículos deberán dirigirse al Editor de la revista *PSICOLOGÍA Y SALUD*, por vía electrónica, al correo [rbulle@uv.mx](mailto:rbulle@uv.mx) o [rbugo46@hotmail.com](mailto:rbugo46@hotmail.com). Se acusará recibo de los textos por dicha vía electrónica, pero no se extenderán cartas de aceptación sino hasta que la revisión por el Editor y el posterior arbitraje, hecho por pares académicos de manera anónima, sea aprobatorio. Se remitirá a los autores la separata de los artículos aceptados una vez que hayan sido editados.
3. Si bien se reciben los trabajos por vía postal, es preferible que se envíen a las direcciones electrónicas indicadas.
4. Aun cuando la revista publica en idioma español, los autores deberán acompañar sus artículos de un resumen en este idioma y en inglés, y utilizando un máximo de cinco descriptores o palabras clave que indiquen el contenido temático del texto en ambos idiomas. Las palabras clave no deben repetir términos que ya están en el título y el resumen; son sinónimos u otros términos relacionados que facilitan las búsquedas online en las bases de datos internacionales.
5. Los artículos se acompañarán de una declaración que indique su carácter inédito y el compromiso de que, de aceptarse, no se enviarán a ninguna otra revista, aun cuando sean modificados, a menos que medie la autorización expresa del Editor, toda vez que *PSICOLOGÍA Y SALUD* adquiere los derechos autorales de los textos publicados.
6. En el caso de que el artículo haya sido publicado anteriormente en otra revista, el autor o autores justificarán las razones por las que solicitan sea incluido en *PSICOLOGÍA Y SALUD*. El Consejo Editorial se reservará el derecho de aceptar su publicación.

### EXTENSIÓN Y PRESENTACIÓN:

7. El artículo no deberá exceder de doce páginas en interlineado sencillo, sin sangría en los párrafos, en fuente Times New Roman de doce puntos y corrido a la izquierda. Los márgenes izquierdo y derecho medirán por lo menos dos centímetros y medio.
8. Los artículos aceptados se someterán a una revisión editorial que puede incluir, en caso necesario, la condensación del texto, la corrección del estilo y la supresión o adición de cuadros, ilustraciones y anexos, sin que por ello se modifique el sentido del artículo.
9. Con relación al título del artículo, éste no debe exceder de quince palabras y describirá el contenido clara, exacta y concisamente. Deberá redactarse en inglés y en español, al igual que las palabras clave.
10. El nombre y el apellido del autor o autores se anotará inmediatamente abajo del título, omitiendo su grado académico o profesión. En nota al pie de la primera página se indicará el nombre de la institución en que labora cada uno de los autores, su dirección postal completa, números de teléfono y fax y dirección electrónica.
11. En los trabajos experimentales, el texto se divide generalmente en Introducción, Método (materiales, sujetos, etc.), Resultados, Discusión y Referencias. Este modelo no comprende los artículos redactados en forma de ensayo, reseña bibliográfica comentada, crítica o analítica, los que serán divididos en títulos, subtítulos y apartados dependiendo del contenido.
12. En el resumen deberán señalarse los objetivos del trabajo, sus alcances, la metodología utilizada y los principales resultados. No deberá exceder de 250 palabras, estará redactado en inglés y español e insertado al principio del artículo.
13. En caso de requerirse notas al pie de página, no se identificarán con asteriscos sino con números sucesivos.

### PROCESO DE ARBITRAJE:

El artículo es recibido por el editor, quien manda acuse de recibido y lo envía a la coordinación de arbitraje. Una vez que llega a ésta, se asignan dos árbitros de acuerdo al tema. Los árbitros pueden dictaminar que el artículo sea aceptado sin modificaciones, aceptado con algunas modificaciones, aceptado con modificaciones mayores o rechazado. En el caso de que uno de los árbitros dictamine rechazar el artículo y el otro dictamine aceptarlo, se elige un tercer árbitro, a quien se le envía para facilitar la decisión de rechazarlo o aceptarlo con las correcciones pertinentes.

En el caso de que requiera modificaciones, se envían a los autores las sugerencias hechas por los árbitros y se les da un plazo que varía de cuatro a seis semanas, dependiendo de la complejidad de las correcciones, para regresar el artículo corregido.

### REFERENCIAS:

14. La lista de referencias anotada al final deberá corresponder con las indicadas en el cuerpo del artículo y estar actualizadas.
15. Al final del artículo, dichas referencias se presentarán en orden alfabético tomando como base el apellido del autor principal.
16. Se seguirán, en todos los casos, las indicaciones que al efecto ha formulado la Asociación Psicológica Americana en la última versión de su Manual de Publicaciones.

### CUADROS, TABLAS O FIGURAS:

17. Los cuadros, tablas o figuras se presentarán en Word y deberán estar intercalados en el lugar que correspondan dentro del artículo. No deberán repetir la información puesta en el texto ni darán cuenta de datos que no requieran esta forma de presentación debido a su simplicidad. Se acompañarán de un título breve y claro y estarán ordenados con números sucesivos. No se aceptará que estos auxiliares visuales estén insertados como objetos.
18. Sólo se aceptarán gráficas, diagramas, dibujos lineales o mapas, pero no fotografías. En el caso de que no sean originales del autor, deberá especificarse la fuente.
19. En ningún caso se aceptarán textos que no cumplan con los requisitos de publicación señalados arriba.
20. Sólo se remiten ejemplares impresos previa suscripción.

## SUMMARY

Recommendations about procedures for construction and validation of scales in health psychology  
*Roberto Lagunes Córdoba*

Sex and contraception practices in young men: A gender perspective  
*Maria Alejandra Salguero Velázquez, Gilberto Pérez Campos, Cinthia Dafne Ayala Jiménez and Montserrat Soriano Chavero*

Barriers to adherence to pharmacological and non-pharmacological treatment in women with HIV  
*Ariagor Manuel Almanza Avendaño and Anel Hortensia Gómez San Luis*

Physiological delivery, episiotomy and cesarean section: Their influence on the male sexual restart  
*José Salvador Sapién López and Diana Isela Córdoba Basulto*

Prevalence of burden syndrome, anxious and depressive symptoms in caregivers of the elderly  
*Elvira Cabada Ramos and Víctor Alberto Martínez Castillo*

Personality traits and depressive symptoms in mothers of children with disability  
*Blanca Rosa Sánchez Ramírez, Gloria Georgina Cerda de la Torre and Amelia Castellanos Valencia*

Self-efficacy as mediator between work stress and well-being  
*José Luis Calderón Mafud, Francisco Laca Arocena and Manuel Pando Moreno*

Generativity in older Mexicans: Association between interest and generative behaviors  
*Ana Luisa Mónica González-Celis Rangel and Laura Esmeralda Raya Ayala*

Perception of homophobia and lesbophobia by a sample of gays and lesbians from the province of Ourense (Spain)  
*Luis Manuel Rodríguez Otero, Sandra Elizabet Mancinos Espinoza and Ana Beatriz Carrera Aguilar*

Construction and validation of an inventory of awareness for exogenous overweight and obese persons  
*Liliana Rivera Fong and Angélica Riveros Rosas*

The relation between sense of humor and subjective well-being in older Venezuelan adults  
*Yurvik Rasmari Castillo Rojas, Sasha Lolimar Abdelwa Quera and Jesús Manuel Guerrero Alcada*

Day of the Dead offering as an art psychotherapy strategy for older adults  
*Fernando Quintanar Olguín and Karen Iván López Martínez*