

# PSICUMEX

3

Revista semestral

Enero-Julio

2012



Consortio de  
Universidades  
Mexicanas, A.C.

UNA ALIANZA DE CALIDAD POR LA EDUCACIÓN SUPERIOR

## Directorio

### CUMex

#### Presidente del Consorcio de Universidades Mexicanas. A.C.

Lic. Mario Alberto Ochoa Rivera  
Rector de la Universidad Autónoma de Coahuila

#### Coordinadora General del CUMex

M. Ed. Flavia Jamieson Ayala

#### Secretaría Técnica

Lic. Adriana Agüero Cepeda

#### Coordinador de Movilidad, Comparabilidad e Internacionalización

Lic. Daniel Garza Treviño

#### Coordinador de Cátedras Nacionales

Dr. Francisco M. Osorio Morales

#### Administrador Web

M.C. David Ernesto Adame Leyva

### Universidad de Sonora

#### Rector

Dr. Heriberto Grijalva Monteverde

#### Secretario General Académico

Dr. Enrique Velázquez Contreras

#### Secretaría General Administrativa

M.E. Rosa Elena Trujillo Llanes

#### Vicerrectora de la Unidad Regional Centro

Dra. Arminda Guadalupe García de León Peñúñuri

#### Directora de la División de Ciencias Sociales

Dra. Dora Elvia Enríquez Licón

#### Director de Vinculación y Difusión

M.D.O. Manuel Ignacio Guerra Robles

### Universidad Autónoma de Yucatán

#### Rector

MVZ. Alfredo Dájer Abimerhi, M.Phil

#### Secretario General

MI. José Antonio González Fajardo

#### Director General de Desarrollo Académico

Dr. José de Jesús Williams

#### Directora de la Facultad de Psicología

Mtra. Marissa Lorena Gamboa Ancona

#### Editoras Responsables

Universidad Autónoma de Yucatán  
Teresita Castillo León

Universidad de Sonora  
Martha Frías Armenta

#### Consejo Editorial

U A Coahuila  
Jana Petrzelova

#### UAMEX

Norma Ivonne González  
Arratia López Fuentes  
Johannes Oudhof van Barneveld  
José Luis Valdez Medina

#### UANL

René Landero Hernández  
Cirilo Humberto García Cadena  
Mónica Teresa González Ramírez  
Fuensanta López Rosales  
José Moral de la Rubia

#### UADY

Mirta Margarita Flores Galaz  
José Humberto Fuentes Gómez  
Elías Alfonso Góngora Coronado

#### UNICOL

Francisco Laca Arocena

#### UNISON

Víctor Corral Verdugo  
Blanca Fraijo Sing  
Daniel González Lomelí

#### UAZ

Georgina Lozano Razo

#### Director del Departamento de Desarrollo y Producción Editorial

Raúl Acevedo Savin

#### Diseño Editorial

Leonel López Peraza

#### Compuedición

Guadalupe A. Montaña Fimbres

#### Corrección de Estilo

Sol Gabriela Fontes Real

#### Corrección de Galeras

Rosa Delia Delgado Domínguez  
María Auxiliadora Teresa Urquijo Durazo

#### Jefe de Producción Editorial

Marco Antonio Soto Román



"El saber de mis hijos  
hará mi grandeza"

Derechos Reservados para esta edición  
D.R. © 2011 Universidad de Sonora

Departamento de Desarrollo y  
Producción Editorial  
Universidad de Sonora  
Edificio del Museo y Biblioteca  
Rosales y Blvd. Luis Encinas  
Hermosillo, Sonora  
C.P. 83000  
Telefono 662 213 3587  
www.uson.mx  
editorial@vinculacion.uson.mx

ISSN: En trámite  
Impreso en México  
Printed in Mexico

## **Contenido**

Competencias, características y ambiente institucional en educadores de albergues infantiles .....	4
Cómo afrontan los adolescentes mexicanos el malestar depresivo .....	17
Estrés laboral como reto y como presión: Su relación con características de la personalidad .....	28
Factores psicosociales asociados a la ideación suicida y el parasuicidio en adolescentes .....	37
Tendencias de la personalidad y síntomas somáticos .....	50
Lineamientos generales .....	68

# Competencias, características y ambiente institucional en educadores de albergues infantiles

Competences, characteristics and institutional environment of educators at children shelters

---

Martha E. Serrano Arias

Martha Frías Armenta

Universidad de Sonora

## Resumen

En México, los albergues infantiles son requeridos para garantizar niveles mínimos de bienestar (Gobierno de México, 2002) a niños víctimas de violencia y abandono. En estos albergues, la presencia del educador que cuida de ellos es de suma importancia y ha de ser capacitado y supervisado (Gobierno de Brasil, 2007). A este respecto, la educación social sustenta en su teoría el perfil de un educador capaz de atender de manera directa a los grupos vulnerables, incluidos niños y adolescentes (AIEJI, 2007). De aquí se desprende que el objetivo del presente estudio sea el análisis de las competencias, características personales y ambiente institucional de los educadores que laboran en albergues de Hermosillo, Sonora, México. Los participantes fueron 117 educadores de 10 instituciones de asistencia social, dedicadas al albergue de menores maltratados o en situación de riesgo. El instrumento fue una escala de evaluación basada en los indicadores del Libro Blanco (ANECA, 2005). Los participantes fueron entrevistados en los albergues donde se encontraban trabajando. Se computaron estadísticas univariadas alfas de Cronbach y coeficientes de correlación para el análisis de datos. Las correlaciones significativas fueron encontradas entre lenguaje, razonamiento y funciones educativas de los educadores (.26) y con compromiso con la propia identidad (.26); la satisfacción de necesidades se relacionó con compromiso con la propia identidad (.22) con lenguaje y razonamiento (.39); y último grado de estudios con habilidades interpersonales (.26). La edad se correlacionó con la antigüedad (.48), el último grado de estudios (-.19), satisfacción de necesidades (.25) y lenguaje y razonamiento (.19). Estos resultados muestran la importancia del ambiente institucional en el desarrollo de las funciones educativas y el compromiso con la institución de los educadores.

*Palabras Clave:* Competencias, educadores sociales, albergues, menores

---

### Nota del autor:

Martha E. Serrano Arias, Doctorado en Ciencias Sociales, Universidad de Sonora; Martha Frías Armenta, División de Ciencias Sociales, Universidad de Sonora.

La correspondencia en relación con este artículo debe dirigirse a Martha E. Serrano Arias, Doctorado en Ciencias Sociales, Universidad de Sonora, Blvd. Luis Encinas y Rosales, s/n, Col. Centro, C.P. 83000, Hermosillo, Sonora, México.

Correo electrónico: me-serrano@hotmail.com

## **Abstract**

In Mexico, shelters for abused or neglected children are required to guarantee minimum levels of wellbeing (Gobierno de México, 2002). The work that educators engage in at these shelters is very important and has to be qualified and supervised (Gobierno de Brasil, 2007). Regarding this matter, the theory of Social Education stresses the relevance of an educator as someone who is able to taking care of vulnerable groups like children and teenagers (AIEJI, 2007). Therefore, the objective of this study was to analyze the educators' competency, their personal characteristics, and institutional environment at public and private shelters in Hermosillo, Sonora, Mexico. One hundred-and-seventeen educators at seven institutions devoted to shelter abused or poor children participated in the study. The instrument was an evaluation scale based on the established indicators of the White Book for a degree in Pedagogy and Social Education (Libro Blanco, ANECA, 2005). The participants were interviewed in the shelters they worked at. Univariate statistics, Cronbach's alphas and correlations were obtained to analyze the data. Language & reasoning resulted significantly correlated with educative functions (.26) and with commitment with own identity (.26); satisfaction of needs and commitment also resulted significantly related to own identity (.22) and to language and reasoning (.39). One more significant correlation resulted between schooling and interpersonal abilities (.26). Age was correlated with time on the job (.48), schooling (-.19), satisfaction of needs (.25) and language and reasoning (.19). These results show the importance of institutional environments in the development of educational functions and institutional commitment of educators.

*Keywords:* Competencies, social educators, shelters, children

Los padres desempeñan tareas críticas en el desarrollo de los niños, ya que les ayudan a adaptarse al ambiente social y físico (Bradley, 2002). Sin embargo, alrededor del mundo existen millones de niños privados de uno o ambos padres (UNICEF, 2007). Más de dos millones de éstos se encuentran "bajo tutela institucional" (UNICEF, 2009, p.19) a veces por períodos innecesariamente largos. Estos niños tienen más probabilidades de sufrir discriminación, cuidados inadecuados y malos tratos. El Fondo Internacional de las Naciones Unidas de Auxilio a la Infancia (UNICEF, 2009), estima que en América Latina y el Caribe hay aproximadamente 200, 000 niños al cuidado de las instituciones. Sin embargo, esta institución reporta también que la cifra es muy inferior a la realidad, ya que aún no se cuenta con estimaciones exactas de cada país.

A raíz de los problemas legales en que han incurrido algunas instituciones mexicanas de asistencia social como la Iglesia Cristiana Restaurada, las asociaciones civiles de Reintegración Social, Alas y los albergues Casitas del Sur (Contreras, 2009) se propone una

Norma Oficial Mexicana (NOM) para determinar las condiciones de operación de los albergues infantiles. Ésta, "incluiría no sólo aspectos de nutrición, educación y atención médica para los infantes, sino también aquellos aspectos relacionados con capacitación del personal que los atenderá" (Cámara de Diputados, 2009, p.15). En el estado de Sonora, algunas instituciones que proveen de albergue a los menores, se encuentran bajo la supervisión de la Junta de Asistencia Privada del Estado de Sonora (JAPS) y otras bajo la supervisión directa de la Ley de Salud para el Estado (1992). No obstante, no se ha encontrado una base de datos estatal que las contenga a todas, el personal con que trabajan o la capacitación con que cuentan.

El 20 de noviembre de 2009, la UNICEF aprobó un anteproyecto de directrices para el cuidado de los menores en albergues, el cual estipula los contenidos mínimos en las legislaciones nacionales. Estos criterios estándar servirán para la selección, monitoreo y supervisión de los educadores, así como para proveer de un adecuado reconocimiento de estos profesionales. Así mismo, hace énfasis en

la necesidad de que los educadores entiendan la importancia de su propio rol en el desarrollo de una relación política, segura y de abrigo con el menor (Gobierno de Brasil, 2007). Sin embargo, es difícil llevar a cabo esta labor cuando, en el ámbito nacional, no se les conoce ni reconoce.

En el estado de Sonora se han realizado estudios e investigaciones sobre el rol que diferentes profesionales desempeñan en los albergues (Cervantes, 1997; Chávez, 1986); esto a partir de un punto de vista psicológico y de trabajo social. Desde la perspectiva educativa no se han realizado investigaciones sobre las características del educador que atiende de manera directa a los menores. Las funciones de estos sujetos sociales y el impacto que sus acciones puedan tener sobre los niños constituyen temas poco explorados. Se considera necesario disponer de un marco conceptual operativo para la intervención en dichos albergues que defina las fases, responsabilidades y tareas de los involucrados en este proceso (Cruz, 2009). Esta investigación evalúa bajo el esquema teórico de educación social, la formación de las personas que atienden a los niños de los albergues. Desde el punto de vista metodológico operacionaliza las competencias generales de los educadores sociales y ofrece una medición conceptual de éstas.

### **Influencia del ambiente institucional**

Los albergues infantiles son lugares imprescindibles dentro del sistema de protección a la infancia (Fuertes & Fernández del Valle, 2001) dedicados a la atención de una población a la que se le ha negado un clima familiar que facilite su desarrollo (Comunidad Valenciana, 1991). De acuerdo con Schreiner (2009), existen algunos estudios sobre las consecuencias que produce la institucionalización prolongada y desde temprana edad en la vida adulta de los niños en albergues. Éstos muestran escasas capacidades para realizar elecciones saludables para sí mismos y un impacto en su vida en el área productiva, familiar y social. Es importante por eso poner énfasis en la calidad de la relación que surge entre el niño o adolescente

y el ambiente en el que se desarrolla, del cual el educador que lo atiende forma parte (Fernández del Valle, 1992). En este sentido, el ambiente establece lo que los niños pueden ver, oír, y hacer (Bradley, 2002). Igualmente, puede estimular o desalentar el desarrollo de los niños. Además, la inestabilidad ambiental puede llevar a conductas desadaptadas en los menores (Wachs, 2000). Un estudio realizado en Yucatán encontró que el rendimiento escolar de los niños que provenían de albergues era menor al de los niños que vivían con sus propios padres (Reyes Mendoza & Solis Lugo, 1999). Retrasos en el desarrollo, depresión, ansiedad y dificultades en el aprendizaje fueron comunes en niños que vivían en estas instituciones (Bassuk & Rubin, 1987). Los menores de los albergues, comparados con un grupo control, sufrieron más retraso en el desarrollo y más problemas emocionales y cognitivos (Rescorla, Parker, & Stolley, 1991). Además, desde la perspectiva de los cuidadores de los albergues y el personal de la escuela, los niños de albergues presentan barreras para educarse como la carencia de apoyo parental, ropa y transporte inapropiado (Dupper & Halter, 1994). Bassuk, & Rosenberg (1989) compararon a niños pobres que vivían con sus madres con niños de albergues y encontraron que los dos grupos presentaban retraso en el desarrollo en edad preescolar; sin embargo, los que se encontraban institucionalizados exhibían un mayor retardo. Igualmente, los niños de albergue, medidos con la Lista de Chequeo Conductual de Achenbach (1992), manifestaban más problemas de internalización y externalización (Bassuk, Weinreb, Dawson, Perloff, & Buckner, 1997).

La adolescencia y juventud, más que otras etapas, experimentan con mayor intensidad el medio físico y social en el cual se encuentran insertos (Melendro, 2007). Es por esto que el albergue ha de ofrecerles un ambiente sano, abierto y sin prejuicios en el que la persona pueda expresarse tal y como es sin temor a sentirse rechazada (Mondragón & Trigueros, 2004). En la medida que el ambiente físico y social permite y estimula su participación, tanto conjuntamente con un adulto como por sí mismo, el potencial evolutivo del entorno aumenta. Por el contrario, las condiciones laborales inadecuadas pueden tener una influencia negativa en el desarrollo de

la práctica educativa y en la situación profesional (Cruz, 2009). Los menores se tornan entonces vulnerables debido a la carencia de recursos personales y a la “ausencia o la presencia limitada de un entorno social acogedor, vincular, que ofrezca los apoyos necesarios en caso de crisis o conflictos” (Melendro, 2007, p. 34).

La importancia de la evaluación del ambiente se centra en la valoración de los efectos de la pluralidad de variables de las instituciones. Para Fernández del Valle (1992) estas variables están constituidas por: a) las funciones arquitectónicas; b) los datos sociodemográficos de la población; c) las funciones organizativas que incluyen el funcionamiento de la dependencia administrativa, del personal, y la suficiencia de plantillas; d) funciones psicosociales (aspectos del ambiente estudiados a través de la percepción de los habitantes); e) funciones conductuales; y f) interacciones entre los habitantes y con las personas del exterior. Otros autores (Redondo, Muñoz, & Torres Gómez, 1998) hacen énfasis de manera particular en la interacción establecida entre el personal educativo y el menor. En la valoración realizada por los exresidentes hacia los centros (García-Barriocanal, De la Herrán, & Imaña, 2007) se estima como positivo el apoyo y buen trato recibido por parte de los educadores, la educación recibida, las semejanzas entre el albergue y un ambiente familiar, y el ambiente estructurado con normas claras y espacios personalizados.

Para que los jóvenes se incorporen a una dinámica de proximidad y afecto que les ayude a establecer esta relación duradera con sus educadores es necesario mantener un clima de respeto (Melendro, 2007), cálido y acogedor (Bravo & Fernández del Valle, 2009; Nesmith, 2006) que facilite “situaciones que permitan y estimulen las relaciones interpersonales y contribuyan a que la infancia acogida construya una imagen fiel y positiva de sí misma” (Cruz, 2009, p. 589). El niño o adolescente ha de sentir el valor de la estabilidad y consistencia en los cuidados del educador (Papalia, Wendkos, & Duskin, 2001) y recibir reacciones sanas y espontáneas hacia su conducta, de tal manera que pueda realizar los ajustes personales y de comportamiento necesarios para alcanzar una

convivencia gratificante que le permita generar, a partir de aquí, “esquemas relacionales nuevos y utilizables” para el futuro (Mondragón & Trigueros, 2004, p. 196).

## **Tendencia educativa y buenas prácticas**

Con el paso del tiempo, se ha visto la necesidad de cambiar la perspectiva del trabajo de los albergues, de un modelo basado en la asistencia social centrado únicamente en las carencias, a uno educativo (Fernández del Valle & Fuertes, 2007) basado en el bienestar del niño (Cruz, 2009). Entre las prácticas identificadas por algunos autores (Arruabarrena, 2001; Bravo & Fernández del Valle, 2009; Melendro, 2010; Mondragón & Trigueros, 2004) como buenas y necesarias para el funcionamiento del albergue, se encuentran: la estabilidad de los equipos educativos, el trabajo con grupos reducidos, la formación de los educadores en el ejercicio de sus funciones y el diseño de espacios adecuados. Algunas de estas prácticas fueron señaladas también por exresidentes, entre las que destacan: condiciones organizativas de los centros, estabilidad de los educadores (para generar confianza y poder establecer vínculos referenciales reparadores emocionalmente), cualidades personales del educador, disponibilidad, apoyo, comprensión, afecto y tacto educativo (García-Barriocanal et al., 2007). Entre los conocimientos que se aconseja al educador dominar se encuentran aspectos psicológicos, pedagógicos y antropológicos (Romans, 2000; Vallés, 2009); criterios diagnósticos de psicopatología (Vallés, 2009); las fases del proceso de duelo debido a la separación (Fernández del Valle & Fuertes, 2007); así como estrategias para el autocuidado (Cruz, 2009; Romans, 2000).

## **Pedagogía y educación social**

Ante la relativa novedad de las disciplinas existe dificultad para diferenciarlas. Pantoja (1998) considera a la pedagogía social como una disciplina que fundamenta a la profesión de la educación social. Sáez (2007), en su obra: *Pedagogía Social y Educación Social*, coincide

en pensar que la pedagogía social es un campo científico y de conocimiento que pretende dar razón de ser a una profesión. La pedagogía social tendrá entonces una triple dimensión: de ciencia, disciplina y materia de enseñanza. La educación social es el “campo de prácticas educativas en el marco social” (p.5). Ortega (2005) coincide con la mayoría de los estudiosos del tema al considerar a la educación social como “el fenómeno, la realidad, la praxis” (p.114) y a la pedagogía social como “la reflexión científica, la disciplina científica, que considera, conceptúa e investiga esa educación social” (p.114).

Dentro de las recomendaciones realizadas a los educadores como resultado del estudio de exresidentes, se mencionan la demanda de implicación emocional por parte del educador y la exigencia de “conocimientos teóricos y prácticos de contenido psicológico, educativo y de intervención social” (García-Barriocanal et al., 2007, p. 165). A este respecto, algunos países de Europa y de América Latina han llevado a cabo esfuerzos para delimitar las características de un profesional capaz y bien entrenado para atender de manera directa a los grupos vulnerables, incluidos los niños, adolescentes y adultos (AIEJI, 2007), desde una perspectiva de educación para la vida, denominado *educador social*. Asociaciones como la Internacional de Educadores Sociales (AIEJI) fundada en Alemania hace más de medio siglo y la Asociación Estatal de Educación Social (ASEDES) en Barcelona, entre otras, han trabajado arduamente en la creación de un marco teórico, metodológico y jurídico para una educación concebida como “la teoría de cómo las condiciones psicológicas, sociales, materiales y diferentes orientaciones de valores promueven o dificultan el desarrollo, el crecimiento, la calidad de vida y el bienestar del individuo o del grupo” (AIEJI, 2005, p.5). Esta teoría es denominada *educación social*, la que, de acuerdo con Camors (2005), es una “perspectiva particular de la educación general” (p.14).

A pesar de ser un tema relativamente nuevo y no del todo conocido o reconocido, se han llevado a cabo acciones con el fin de defenderlo y desarrollarlo en un espacio profesional “ante marcos institucionales que ignoran y

desconocen su lugar” (Camors, 2005, p.18). Cataluña, Andalucía, Castilla-León y Asturias se han dedicado al “educador especializado” y al “educador de calle” (Valero, Cavalle, & Gimeno, 1989). En el 2005, la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA) publicó en Madrid, el Libro Blanco con la finalidad de adaptarlo al espacio europeo.

Poco a poco y de manera relativamente rápida, las recomendaciones internacionales y las acciones para adaptarlas que han realizado otros países han llegado a América. En México, sin embargo, los educadores de albergues infantiles no cuentan con un reconocimiento profesional (Núñez, 2008). Algunos no poseen títulos de educación superior y, en el mejor de los casos, provienen de perfiles académicos variados, agrupándolos por denominaciones que tienen que ver más con su posición dentro del organigrama institucional que con las funciones que desempeñan.

A nivel nacional, el Comité de Normalización de Competencia Laboral (CONOCER) en un intento por promover la profesionalización del recurso humano del sector de asistencia social, lanzó en 2007 la “Norma Técnica de Competencia Laboral (NTCL) en la atención a niños y niñas en centros de atención infantil y la NTCL en el cuidado de niñas, niños y adolescentes en casas hogar, albergues e internados” (CONOCER, 2007). A pesar de ser excelentes estos esfuerzos iniciales que consisten en dotar al personal de algún tipo de capacitación, se pueden considerar aún escuetos en cuanto al contenido. En el estado de Sonora los esfuerzos han sido aun menores. Núñez (2008) llevó a cabo un estudio sobre la niñez vulnerable y cautiva, que abordó el tema de la pertinencia de la profesionalización del personal en internados para menores de escasos recursos, distinguiéndolo como un “facilitador de los procesos de formación, ajeno a los roles tradicionales del docente” (p.6).

## Competencias y funciones

El educador social debe ser competente, poseer aptitudes y técnicas (Ayerbe, 2000) y para su ejercicio requiere de una formación tanto



en “habilidades como en supuestos teóricos, históricos y culturales” (Sáez, 2005, p.137). Mas este cúmulo de conocimientos se debe concretar con el fin de hacerlo asequible, evaluable y medible. La plataforma para las educadoras y educadores sociales en Europa, define el término competencia como el potencial de acción que el educador social tiene respecto a una “tarea, situación o contexto del trabajo socioeducativo que abarca el conocimiento y las aptitudes intelectuales, manuales y sociales, así como las actitudes y la motivación” (AIEJI, 2005, p.8). Esta definición incluye las características señaladas por ANECA en cuanto que las competencias enfatizan el carácter teórico práctico porque comportan “todo un conjunto de conocimientos, procedimientos, actitudes y capacidades que son personales y se complementan entre sí” (ANECA, 2005, p.54).

ANECA concluyó que las competencias con las que un educador social debe contar son 20 transversales (generales) divididas en 7 *instrumentales*, 5 *interpersonales* y 8 *sistémicas*; y 26 competencias específicas. Estas 46 competencias son consideradas más o menos significativas de acuerdo con el perfil específico que el educador social desarrolle, puesto que los ámbitos de acción de la educación social son diversos. Debido a que en varios países no se cuenta con estudios normalizados en educación social, no a todos los educadores sociales se les puede evaluar en cuanto a competencias específicas se refiere. Sin embargo, todos los profesionales que trabajan en intervención social con menores sí deben poseer las competencias generales para poder desarrollar su trabajo. Dos son las competencias a las que la mayoría de autores consideran imprescindibles: habilidades interpersonales (Barudy, 2005; García-Barriocanalet al., 2007; Melendro, 2007; Mondragón & Trigueros, 2004) y el compromiso con la identidad (Barudy & Dantagnan, 2005; Cruz, 2009; Oriana, Montalvo, Min Min, & Oza, 2006).

Por habilidad interpersonal se entiende a aquella capacidad de expresar los sentimientos, de “relacionarse positivamente con otras personas a través de una escucha empática y de la expresión clara y asertiva de lo que se piensa

y/o siente por medios verbales y no verbales” (ANECA, 2005, p. 145). Estas habilidades son las que lograrán que el educador se vincule de manera afectiva particularmente con el niño o adolescente, vinculación que dará paso al logro de la función educativa, pues los niños siempre aprenden para alguien (Barudy, 2005).

El compromiso con la propia identidad es la capacidad para reconocerse y valorarse como profesional que ejerce un servicio a la comunidad y se preocupa por su actualización” (Ibídem, p. 146). Ésta permitirá que el educador social busque su propia formación de manera permanente y realice su trabajo con un sentido de mayor logro personal.

### **Contenidos de la formación**

Distintas entidades y especialistas concuerdan en que la formación, para este colectivo, es una necesidad (Cruz, 2009; Fernández-Millán, Hamido, & Fernández-Nava, 2008); si bien no se puede afirmar que exista una relación entre experiencia y competencia profesional, pues ni la experiencia ni la formación por sí mismas garantizan que el educador realice bien su trabajo (Santibañez, 1999). Se debe conocer, no obstante, la formación de los actuales educadores sociales, sus conocimientos, competencias y funciones (Cruz, 2009) puesto que el trabajo desempeñado sobre un marco teórico dotará a los educadores “de unas formas de hacer ágiles, aparentemente intuitivas, que utilizan las estrategias y herramientas educativas disponibles para ir adecuándose en cada momento a las necesidades precisas del joven” (Melendro, 2007, p.156).

En este sentido, la presente investigación reporta un estudio sobre las características de formación con que cuentan los educadores infantiles, entendiendo por características de formación: a) su nivel de estudios; b) antigüedad y c) edad. Además, la relación entre las características personales y de formación de los mismos con el ambiente institucional de los albergues que operan en la ciudad de Hermosillo.

## Método

### Participantes

Se encuestó a los 117 educadores de 7 instituciones de asistencia social privada y 3 instituciones de asistencia social pública, dedicadas al albergue de menores maltratados o en situación de riesgo o pobreza de la ciudad de Hermosillo, Sonora, México. En el estudio se consideraron a todos los educadores sociales que cada uno de los albergues tenía en el momento del levantamiento de datos. El 23% fueron varones y el 77% mujeres. La media de edad para el total de la población de educadores es de 38 años. Sin embargo, algunos albergues manejan un personal tan escaso y de edad tan avanzada que la media supera los 50 años de edad. La antigüedad del personal tiende a estar relacionada con la edad. El personal del Instituto Kino y Hogares Providencia, que tienen una media de edad arriba de 50, también poseen personal entre 20 y 50 años trabajando dentro de la misma institución. El 42% (de un total de 50) de los educadores tienen licenciaturas relacionadas con el trabajo que se realiza en los albergues infantiles; sólo 38 de ellos (32.4%) están relacionados directamente con el cuidado de niños. El otro 9.6% lo conforman licenciaturas como derecho, enfermería y trabajo social.

### Instrumentos

Para el estudio de la formación de los educadores se elaboró una escala de evaluación basada en los indicadores establecidos por el Libro Blanco (ANECA, 2005) con modificaciones. Se escogieron de ellas dos competencias transversales y una específica.

Escala ELES. La escala está conformada por 20 reactivos distribuidos en dos factores: competencias de los educadores y ambiente institucional, presentados en escala de tipo Likert. Para las dimensiones que evalúan las competencias de los educadores vade 0 a 4 donde 0 equivale a totalmente en desacuerdo y 4, totalmente de acuerdo; para las mediciones de ambiente institucional la escala va de 0 a 6, donde 0 equivale a inadecuado y 6 excelente.

El factor de competencias del educador, compuesto por las dimensiones de habilidades, funciones educativas, actitudes y compromiso con la propia identidad y el factor ambiente institucional está conformado por las variables satisfacción de las necesidades del personal y lenguaje y razonamiento. La escala muestra una consistencia interna de alfa igual a .74.

Las dimensiones a evaluar fueron:

*Actitudes.* La escala está formada por cuatro ítems basados en el Cuestionario para Profesores (Doménech, Esbrí, González, & Miret, 2004) con una confiabilidad de consistencia interna de .66. El cuestionario está diseñado para medir las actitudes de los profesores hacia los niños con necesidades educativas especiales derivadas de discapacidad, por lo que se realizaron algunos cambios en los reactivos.

*Funciones.* Se tomaron tres de las funciones del educador social propuestas por ANECA (2005) y Vallés (2009), tal como fueron plasmadas en el inventario utilizado por Escarbajal (2009) en su Modelo de Cuestionario, para medir los objetivos de actuación profesional. La teoría habla de que las funciones de los educadores deben definirse; en este caso se miden las educativas, reportando un alfa de .86.

*Compromiso con la propia identidad.* Se identifica con el sentido de pertenencia e identificación con el trabajo realizado. Consta de cuatro reactivos tomados de la Escala de Clima Organizacional (Franco, 2009) con modificaciones; el alfa fue de .60. La escala utilizada es tipo Likert de 0 a 4, donde 0 equivale a totalmente en desacuerdo y 4 a totalmente de acuerdo, al igual que en las dimensiones anteriores.

*Habilidades.* Son consideradas como la capacidad de entender a los demás y poder expresar sentimientos y emociones. Se tomaron cuatro ítems de la escala de competencias de comunicación interpersonal (Rubin & Martin, 1994) que mostraron un coeficiente alfa de .77. Los reactivos están diseñados para medir las habilidades de empatía, asertividad y

## Resultados

expresividad con la misma escala Likert. Tres de ellos con dirección positiva y uno, negativa, mismo que fue posteriormente invertido.

*Ambiente.* Se agregaron cinco ítems de la Early Childhood Environment Rating Scale – Revised (ECERS-R) que presenta un alfa de entre .86 a .90. Se eligieron las dimensiones de lenguaje y razonamiento, que se refiere a la utilización de materiales para el desarrollo del lenguaje de los niños y la promoción del lenguaje para el desarrollo de habilidades de razonamiento de la que se excluyeron la mitad de los ítems, dando un total de dos, y cuatro ítems de la dimensión satisfacción de necesidades del adulto, a la que se le realizaron pequeñas modificaciones con el fin de medir el grado de satisfacción que el educador tiene hacia su institución.

### Procedimiento

En cada una de las instituciones se concertó una entrevista con el director o directora del albergue con el fin de solicitar permiso para desarrollar el estudio y explicar los objetivos del mismo. Todos fueron entrevistados por psicólogas entrenadas en la técnica de entrevista y se les explicaron los objetivos y propósito general de la investigación, asegurándoles la confidencialidad de la información, así como la posibilidad de dejar de contestar en el momento que ellos dispusieran. La entrevista tomó alrededor de 25 minutos.

### Análisis de datos

Por medio del paquete estadístico SPSS, se realizaron análisis univariados que incluían la obtención de medias y desviaciones estándar para las variables continuas, frecuencias para las variables categóricas y alfas de Cronbach para determinar su confiabilidad (consistencia interna). Con el fin de agrupar las variables, se formaron índices con la suma de cada uno de los reactivos de las escalas incluidas en el estudio. También se llevó a cabo un análisis de correlación de Pearson para estimar el grado de asociación entre las variables, considerando una  $p \leq .05$  para determinar su significancia.

Los resultados de la aplicación de la Evaluación de la labor del educador social (ELES) mostraron un coeficiente de confiabilidad de .80 (tabla 1). Aun cuando las alfas de tres dimensiones reportaron alfas menores a .60, se decidió conservarlas.

En la tabla 2 se pueden ver los coeficientes de correlación de Pearson hallados entre las escalas, en donde se encontraron correlaciones positivas en su mayoría. Lenguaje y razonamiento se correlacionó con funciones educativas (.26) y compromiso con la propia identidad (.26), satisfacción de necesidades con compromiso con la propia identidad (.22) y lenguaje y razonamiento (.39), último grado de estudios con habilidades interpersonales (.26). La edad se correlacionó con la antigüedad (.48), último grado de estudios (-.19), satisfacción de necesidades (.25) y lenguaje y razonamiento (.19).

### Discusión

La profesión del educador social refleja su propia historia (Vallés, 2009). Lo hizo en Alemania, en España y lo hace en América Latina. Los resultados de este estudio son prueba de ello puesto que la especialización del educador en esta rama de la educación no emerge de las universidades sino de la propia práctica de cientos de personas dispuestas a aprender a educar y cuidar a los niños y adolescentes en problemas. Es por esto que resulta importante hacer notar que no sólo la formación profesional garantiza la adecuada labor socioeducativa (Santibañez, 1999), sino que es necesaria una educación especializada (Barjau, 2001, Fernández del Valle & Fuertes, 2007; Romans, 2000). Cabe mencionar que la mayoría de los educadores con menor formación profesional tienen más tiempo de antigüedad. Aquéllos que llevan de 15 a 50 años en este trabajo son los educadores con estudios de primaria y secundaria solamente. Quienes tienen de 10 a 15 años son educadores con estudios de preparatoria y licenciaturas no relacionadas con la labor de los albergues. Aquéllos más profesionalizados han sido más contratados.

Tabla 1

*Análisis de confiabilidad de las escalas de ELES y medias y desviaciones estándar de cada uno de los reactivos*

Variable	N	Media	D.E.	Alfa
<b>ACTITUDES</b>				.39
Mi trato cordial con los niños y niñas estimula su desarrollo	116	3.83	.40	
Los niños y niñas del albergue no tienen capacidad para aprender	117	3.67	.79	
Los niños no pueden enfrentarse a los desafíos que les plantea el sistema social	115	2.63	1.49	
La integración social favorece a los niños y niñas del albergue	115	3.70	.80	
<b>FUNCIONES EDUCATIVAS</b>				.62
Educativa	117	3.50	1.03	
Informativa, de asesoramiento, orientadora	115	3.64	.77	
De animación y dinamización de grupos	115	3.74	.72	
<b>COMPROMISO CON LA PROPIA IDENTIDAD</b>				.46
Siento que mi trabajo es bien recibido por mis compañeros y compañeras	117	3.49	.83	
Les platico a mis familiares y amigos cuánto me gusta mi trabajo	115	3.65	.81	
Siento que el pertenecer a esta área de trabajo me da algo más que dinero	116	3.90	.30	
Considero que mis compañeros/as y yo, nos sentimos identificados/as con nuestra área de trabajo	117	3.68	.67	
<b>HABILIDADES INTERPERSONALES</b>				.57
No entiendo realmente lo que los otros sienten	116	3.50	.91	
Tengo problemas para defenderme a mí mismo/a	116	3.28	1.30	
Se me dificulta encontrar las palabras correctas para expresarme	117	2.98	1.46	
Me expreso bien verbalmente	117	3.56	.83	
<b>LENGUAJE Y RAZONAMIENTO</b>				.91
La estimulación a los niños para comunicarse es	116	4.47	1.34	
La utilización del lenguaje para desarrollar destrezas de pensamiento es	114	4.14	1.61	
<b>SATISFACCIÓN PERSONAL</b>				.84
La disposición para atender necesidades individuales del personal	116	3.99	1.71	
El apoyo para necesidades profesionales del personal	115	3.68	1.89	
Las oportunidades de crecimiento y carrera profesional dentro de la Institución	115	3.43	1.92	

Tabla 2

*Correlación entre competencias del educador, características de formación y ambiente institucional*

Competencias	Ambiente Institucional		Características Personales		
	Lenguaje y Razonamiento	Satisfacción de las Necesidades	Edad	Último Grado de Estudios	Antigüedad
Actitudes	.103	.105	-.046	.080	.065
Funciones educativas	.262**	.108	0.35	.079	-.065
Habilidades interpersonales	.088	-.068	-.051	.263**	-.002
Compromiso con la propia identidad	.265**	.220*	.145	.048	.102
Ambiente institucional					
Lenguaje y razonamiento		.395**	.196	-.033	.167
Satisfacción de las necesidades	.395		.252	.087	.151
edad	.196*	.252**		-.191*	.483**
Grado de estudios	-.033	.087	-.191		-.077
Antigüedad	.167	.151	.483	-.077	

Con relación a lo anterior, resaltan dos aspectos: primero, que con el transcurso del tiempo se fue tendiendo hacia la contratación de un educador más profesionalizado de acuerdo con las recomendaciones internacionales (Gobierno de Brasil, 2007; UNICEF, 2002) y nacionales (Cámara de Diputados, 2009; Castro, 1996); segundo, se podría pensar que, puesto que los educadores con menor formación profesional tienen mayor antigüedad, han tenido también más experiencias de historias de éxito entre los menores que han atendido, lo que les permitiría exhibir una actitud más positiva hacia ellos. Sin embargo, esta hipótesis queda abierta para futuras investigaciones.

Las correlaciones con las dimensiones de ambiente institucional encontradas en este estudio resultan también interesantes. Originalmente, la variable satisfacción del personal se pensó importante puesto que algunos especialistas consideran que las condiciones laborales inadecuadas pueden tener una influencia negativa en el desarrollo de la práctica educativa (Cruz, 2009). Esta situación puede tornar el ambiente en poco acogedor y afectar a los menores vulnerables (Melendro, 2007). Además, los educadores requieren

sentirse respetados en sus centros de trabajo y que sus necesidades, dificultades y logros sean reconocidos (Barudy & Dantagnan, 2005). Lo que finalmente evitará el desgaste profesional y los efectos indirectos que éste pudiera tener en los menores. Sin embargo, existe una correlación entre ambiente institucional y compromiso con la identidad lo que parece indicar que contar con un buen ambiente institucional, ayuda a que los educadores desarrollen un mayor compromiso con el trabajo que realizan. Esto es importante para los niños que se encuentran en los albergues, ya que les posibilita recibir relaciones positivas por parte de los educadores, para generar esquemas sanos de comportamiento y relaciones interpersonales efectivas para una convivencia adaptativa y prosocial (Mondragón & Trigueros, 2004, p. 196).

Por otro lado, lenguaje y razonamiento se correlaciona con funciones educativas, lo que denota que si se definen las funciones del educador como educativas estos van a invertir en más actividades de promoción del lenguaje y de razonamiento. Los educadores en los albergues realizan todo tipo de actividades, muchas veces administrativas que los desvían de las educativas. El definir sus actividades como

educativas va a motivar en ellos el promover tareas de lenguaje y razonamiento en los niños. Los niveles de estudio están relacionados con las habilidades interpersonales, lo que indicaría que a mayor educación recibida por ellos, mayores sus habilidades interpersonales. Estas habilidades son esenciales en los educadores, ya que les ayuda a los niños a sentir la proximidad y afecto que los impulsa a establecer relaciones interpersonales dinámicas y duraderas (Melendro, 2007). La estancia en los albergues puede estimular o desalentar el desarrollo social, emocional y psicológico del niño; un ambiente positivo lo estimulará, en cambio el negativo producirá conducta desadaptada (Wachs, 2000), bajo rendimiento escolar (Reyes Mendoza & Solis Lugo, 1999) retrasos en el desarrollo, depresión, ansiedad y dificultades en el aprendizaje (Bassuk & Rubin, 1987), además de problemas emocionales y cognitivos (Rescorla et al., 1991). En general, los niños de albergue, manifestaban más problemas de internalización y externalización (Bassuk et al., 1997). Por esto, es importante que los educadores que trabajan en los albergues estén preparados para poder proporcionar el ambiente positivo que se requiere para promover el desarrollo de los niños.

A pesar de que este estudio no ahondó en todas las competencias sugeridas por ANECA, sí se sugiere su estudio y profundización como contenido de un curso de formación para los educadores. Se sustenta la idea de que estos educadores podrían contar con más herramientas para el desarrollo eficaz de su labor al ser formados en una teoría educativa pertinente (AIEJI, 2005; ANECA, 2005; Sáez, 2005), tal como es la de Pedagogía Social/ Educación Social, posiblemente a través de la creación de una licenciatura o grado académico de pos-grado.

En aras de mejorar la labor educativa de los albergues, los resultados de este estudio permiten establecer la necesidad de continuar con investigaciones que busquen dar luz a ciertas interrogantes. Una de ellas es analizar por qué los educadores con mayor profesionalización tienen actitudes menos positivas hacia los menores y menos habilidades interpersonales. Sería interesante ahondar también en la capacidad

de vinculación que tienen los educadores y la experiencia que de ellos guardan aquellos niños y adolescentes, ahora adultos. Como colofón a esta investigación, se podría analizar de igual manera si los cursos impartidos a directores y educadores como fruto de este estudio tuvieron algún impacto en la práctica educativa de los albergues.

## Referencias

- Achenbach, T. (1992). *Manual for the Child Behavior Checklist/2-3 and 1992 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA). (2005). *Libro Blanco. Título de grado en pedagogía y educación social*. Volumen 1. España: ANECA.
- Arruabarrena, M. (2001). Evaluación y tratamiento familiar. En J. De Paul y M. Arruabarrena (Eds.), *Manual de protección infantil* (pp. 297-340). Barcelona: Massons.
- Asociación Internacional de Educadores Sociales. (AIEJI). (2005). *Plataforma para las educadoras y educadores sociales en Europa*. España: AIEJI. Recuperado de [http://www.ceesc.cat/index2.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=75&Itemid=403](http://www.ceesc.cat/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=75&Itemid=403)
- Asociación Internacional de Educadores Sociales. (AIEJI). (2007). Estatutos de AIEJI. Barcelona: AIEJI. Recuperado de <http://www.aieji.net/attached/bylaws/By-Laws2007SFinal.pdf>
- Ayerbe, P. (2000). La figura del educador social y otros profesionales de la educación. En P. Amorós y P. Ayerbe (Eds.), *Intervención educativa en inadaptación social* (pp. 55-81). Madrid: Síntesis.
- Barjau, C. (2001). Acogimiento familiar, un medio de protección infantil. En J. De Paul y M. Arruabarrena (Eds.), *Manual de protección infantil* (pp. 375-408). Barcelona: Massons.
- Barudy, J. (2005). La ecología social de los buenos tratos infantiles. En J. Barudy y M. Dantagnan (Eds.), *Los buenos tratos a la infancia* (pp. 43-52). Barcelona: Gedisa.
- Barudy, J., & Dantagnan, M. (Eds.). (2005). Un modelo terapéutico basado en el buen trato y el apoyo a la resiliencia. En *Los buenos tratos a la infancia* (pp. 213-244). Barcelona: Gedisa.
- Bassuk, E., & Rubin L. (1987). Homeless children: A Neglected Population. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(2), 279-286. doi: 10.1111/j.1939-0025.1987.tb03538\_x.
- Bassuk, E. L., & Rosenberg, L. (1990). Psychosocial Characteristics of Homeless Children and Children With Homes. *Pediatrics*, 85(3), 257 -261.
- Bassuk, E. L., Weinreb, L. F., Dawson, R., Perloff, J.N., & Buckner, J.C. (1997). Determinants of Behavior in Homeless and Low-income Housed Preschool Children. *Pediatrics*, 100(1), 92 -100. doi: 10.1542/peds.100.1.92.
- Bradley, R. H. (2002). Environment and Parenting. En M. H. Bornstein, (Ed.), *Handbook of Parenting, Vol. 3. Social Ecology of Parenting* (pp. 281-314). Mahwah, NJ.: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Bravo, A., & Fernández Del Valle, J. (2009). Crisis y revisión del acogimiento residencial. Su papel en la protección infantil. *Papeles del Psicólogo*, 30(1), 42-52.
- Cámara de Diputados (2009). *Iniciativa de Diputados del PRI para operación de Casas Hogar. Carpeta Informativa. Coordinación General de Comunicación Social*. LX Legislatura. Recuperado de <http://www.cddhcu.gob.mx>.
- Camors, J. (2005). Educación social: una perspectiva desde y para América Latina. En *XVI Congreso Mundial de Educación Social*. Montevideo, Uruguay. Recuperado de [http://74.125.155.132/search?q=cache:EABj0EG9XXoJ:www.projoven.gub.uy/pag-otra-doc-relev/Documentos/Congreso%2520educadores/1\\_Jorge\\_ucaci%C3%B3n+social:+una+perspectiva+desde+y+para+Am%C3%A9rica+Latina+%2B+Camors&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=mx&client=firefox-a](http://74.125.155.132/search?q=cache:EABj0EG9XXoJ:www.projoven.gub.uy/pag-otra-doc-relev/Documentos/Congreso%2520educadores/1_Jorge_ucaci%C3%B3n+social:+una+perspectiva+desde+y+para+Am%C3%A9rica+Latina+%2B+Camors&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=mx&client=firefox-a)
- Castro, P. K. (noviembre, 1996). Un problema que a todos incumbe. En *Congreso Nacional sobre Maltrato al Menor. Memorias. 26, 27 y 28 de noviembre 1995* (26-28). México: Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

- Cervantes, E. (1997). *El papel del psicólogo en la planeación y organización de centros asistenciales para menores maltratados* (Tesis de licenciatura inédita). Universidad de Sonora, Hermosillo, Sonora, México.
- Chávez, F. (1986). *El Trabajador social y las instituciones de asistencia social para menores maltratados y/o abandonados*. (Tesis de licenciatura inédita). Universidad de Sonora, Hermosillo, Sonora, México.
- Comunidad Valenciana. (1991). Estatuto básico de centros de atención a la infancia y juventud en la comunidad valenciana. *Diari Oficial de la Comunitat Valenciana* (Orden de 14 de mayo de 1991), Consellería de Trabajo y Seguridad Social. Recuperado de [http://www.docv.gva.es/portal/ficha\\_disposicion\\_pc.jsp?sig=1369/1991&L=1](http://www.docv.gva.es/portal/ficha_disposicion_pc.jsp?sig=1369/1991&L=1)
- CONOCER. (2007). Norma Técnica de Competencia Laboral. México. Recuperado de [http://www.conocer.gob.mx/Desarrollo/Buscadores\\_Avanzados/pdf/NUASS006.01.pdf](http://www.conocer.gob.mx/Desarrollo/Buscadores_Avanzados/pdf/NUASS006.01.pdf)
- Contreras, J. (febrero, 2009). Pide Senado investigar a Casitas del Sur y a la Iglesia Cristiana Restaurada. *La Crónica de Hoy*. México. Recuperado de [http://www.cronica.com.mx/nota.php?id\\_notas=414133](http://www.cronica.com.mx/nota.php?id_notas=414133)
- Cruz, L. (2009). *Infancias y educación social: prácticas socioeducativas en contextos residenciales de protección en Galicia*. (Tesis Doctoral). Universidad de Santiago de Compostela, España.
- Doménech, V., Esbrí, J., González, H., & Miret, L. (2004). Actitudes del profesorado hacia el alumnado con necesidades educativas especiales derivadas de discapacidad. *Novenes Jornades de Foment de la Investigació*, 9, 1 – 13. Recuperado de <http://www.uji.es/publ/edicions/jfi9/>
- Dupper, D. R., & Halter, A. P. (1994). Barriers in Educating Children from Homeless Shelters: Perspectives of School and Shelter Staff. *Children Schools*, 16(1), 39-45. doi: 10.1093/cs/16.1.39.
- Escarbajal, A. (2009). *Estudio de las respuestas socioeducativas ofrecidas a los inmigrantes en la región de Murcia y propuesta formativa para trabajadores sociales y educadores sociales*. (Tesis doctoral). Universidad de Murcia, Murcia, España.
- Fernández del Valle, J. (1992). Evaluación de programas residenciales y servicios sociales para la infancia: situación actual y aportaciones de los enfoques psicopedagógicos. *Psicothema*, 4(1), 531-542.
- Fernández del Valle, J., & Fuertes, J. (2007). *El acogimiento residencial en la protección a la infancia*. España: Pirámide.
- Fernández-Millán, S., Hamido, A., & Fernández-Nava, M. (2008). *El educador social de menores. Cuaderno de aprendizaje*. Madrid: Pirámide.
- Franco, J. (2009). *Validación de una escala de clima organizacional en el sector de servicios en el Noroeste de México* (Tesis de licenciatura inédita). Universidad de Sonora, Hermosillo, Sonora, México.
- Fuertes, J., & Fernández del Valle, J. (2001). Acogimiento residencial. En J De Paul y M. Arruabarrena (Eds.), *Manual de protección infantil* (pp. 409-470). Barcelona: Massons.
- García-Barriocanal, C.; De la Herrán, A., & Imaña, A. (2007). *El acogimiento residencial como medida de protección*. Madrid: Defensor del menor en la Comunidad de Madrid.
- Gobierno de Brasil. (2007). *Anteproyecto de Naciones Unidas para el uso apropiado y condiciones del cuidado alternativo de niños/as*. Aprobada en la Asamblea General de Naciones Unidas el 20 de noviembre de 2009. Recuperado de [http://www.crin.org/docs/DRAFT\\_UN\\_Guidelines.pdf](http://www.crin.org/docs/DRAFT_UN_Guidelines.pdf)
- Gobierno de México. (2002). Estado de México: Comité Editorial de la Administración Pública Estatal.
- Ley de Salud para el Estado de Sonora. (1992). Gobierno del Estado de Sonora.



- Melendro, M. (Dir.). (2007). *Estrategias educativas con adolescentes y jóvenes en dificultad social. El tránsito a la vida adulta en una sociedad sostenible*. España: UNED.
- Melendro, M. (Dir.). (2010). *El tránsito a la vida adulta de los jóvenes en dificultad social*. España: UNED.
- Mondragón, J., & Trigueros, I. (2004). *Intervención con menores. Acción socioeducativa*. Madrid: Narcea.
- Nesmith, A. (2006). Predictors of Running way from Family Foster Care. *Child Welfare, 85*(3), 585-609.
- Núñez, V. M. (2008). *Intervención Interdisciplinaria para una Niñez Vulnerable y Cautiva* (Tesis de Maestría inédita). Universidad de Sonora, Hermosillo, Sonora, México.
- Oriana, L., Montalvo, D., Min Min, L., & Oza, V. (2006). A promising parenting intervention in foster care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(1), 32-41.
- Ortega, J. (2005). Pedagogía social y pedagogía escolar: la educación social en la escuela. *Revista de Educación, 336*, 111 – 117.
- Pantoja, L. (1998). *Nuevos espacios de la educación social*. Bilbao: Ediciones Mensajero, S.A.
- Papalia, D., Wendkos, S., & Duskin, R. (2001). *Desarrollo Humano*. Bogotá: McGraw-Hill Interamericana.
- Redondo, E., Muñoz, R., & Torres Gómez. (1998). *Manual de buenas prácticas para la atención residencial a la infancia y adolescencia*. Madrid: FAPMI.
- Rescorla, L., Parker, R., & Stolley, P. (1991). Ability, Achievement, and Adjustment in Homeless Children. *American Journal of Orthopsychiatry, 61*(2), 210-220. doi: 10.1037/h0079236.
- Reyes Mendoza, N. M., & Solis Lugo, A. T. (1999). Rendimiento académico de niños que viven en un albergue o en hogares propios. *Educación y Ciencia, 3*(5), 91-98.
- Romans, M. (2000). Formación continua de los profesionales en Educación Social. En M. Romans, R. Petrus y J. Trilla, *Nuevos ámbitos en Educación Social* (pp. 151-277). Barcelona: Paidós.
- Rubin, R., & Martin, M. (1994). Development of a Measure of Interpersonal Communication. Competence. *Communication. Research Reports, 11*(1), 33 – 44.
- Sáez, J. (2005). La profesionalización de los educadores sociales: construcción de un modelo teórico para su estudio. *Revista de Educación, 336*, 129-139.
- Sáez, J. (2007). *Pedagogía social y educación social. Historia, profesión y competencias*. Madrid: Pearson Educación, S.A.
- Santibañez, R. (1999). El seguimiento en el practicum de Educación Social. En F. Esteban y R. Calvo de León, *El practicum de la formación de Educación Social* (pp. 189-200). Burgos: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Burgos.
- Schreiner, G. (2009). *Riesgo o abandono: más allá de la semántica*. Recuperado de [http://www.conscienciasocial.net/attachments/File/riesgo%20o%20abandono%20m%C3%A1s%20all%C3%A1%20de%20la%20sem%C3%A1ntica%20\\_Gabriela%20Schreiner.pdf](http://www.conscienciasocial.net/attachments/File/riesgo%20o%20abandono%20m%C3%A1s%20all%C3%A1%20de%20la%20sem%C3%A1ntica%20_Gabriela%20Schreiner.pdf).
- UNICEF. (2002). *Un mundo apropiado para los niños y las niñas. Sesión Especial a favor de la Infancia*. Recuperado de [http://www.unicef.org/lac/Un\\_mundo\\_apropiado\\_para\\_los\\_ninos\\_y\\_las\\_ninas.pdf](http://www.unicef.org/lac/Un_mundo_apropiado_para_los_ninos_y_las_ninas.pdf)
- UNICEF. (2007). *La Infancia y los Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Recuperado de [http://www.unicef.org/spanish/publications/files/La\\_infancia\\_y\\_los\\_objetivos\\_de\\_desarrollo\\_del\\_milenio.pdf](http://www.unicef.org/spanish/publications/files/La_infancia_y_los_objetivos_de_desarrollo_del_milenio.pdf).

UNICEF. (2009). *Progreso para la Infancia. Un balance sobre la protección de la Niñez*. Núm 8. Recuperado de [http://www.unicef.org/spanish/progressforchildren/files/Progress\\_for\\_Children-No.8\\_SP\\_081309.pdf](http://www.unicef.org/spanish/progressforchildren/files/Progress_for_Children-No.8_SP_081309.pdf).

Valero, L., Cavalle, J., & Gimeno, J. (1989). Perspectivas del trabajo para los educadores diplomados en las escuelas de magisterio. *Revista Universitaria de Formación del Profesorado*, 6, 393-399. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=117668>

Vallés, J. (2009). *Manual del educador social*. Madrid: Pirámide.

Wachs, T. D. (2000). *Necessary but not sufficient*. Washington, DC: American Psychological Association.

# **Cómo afrontan los adolescentes mexicanos el malestar depresivo**

Depression coping strategies in Mexican adolescents

---

Sergio González Escobar

José Luis Valdez Medina

Norma Ivonne González-Arratia López-Fuentes

Dulce Belén Velasco Monroy

Universidad Autónoma del Estado de México

## **Resumen**

Los adolescentes son una población de alto riesgo de padecer depresión, observándose que es cada vez a edades más tempranas cuando se presenta, lo que hace que quienes la padecen en esta etapa de la vida la sufran hasta por dos años antes de buscar ayuda. Asimismo, las investigaciones en México han descuidado el estudio de las estrategias que los adolescentes emplean para afrontar la depresión. Por ello, el objetivo de la presente investigación fue identificar las estrategias que los adolescentes emplean cuando se sienten deprimidos. Para ello se trabajó con una muestra no probabilística conformada por 400 adolescentes, la mitad con escolaridad del nivel medio básico y el resto en el nivel medio superior. Asimismo, estuvieron repartidos equitativamente por sexo. Se utilizó la técnica de redes semánticas Naturales y todas las aplicaciones se realizaron dentro de los salones de clase. Los resultados mostraron que hombres y mujeres coinciden de manera importante por nivel educativo en las definidoras proporcionadas pero cuando se agrupan los hombres y las mujeres, por muestras totales, ya no coinciden tanto. De igual manera, se considera que la técnica resulta adecuada para el estudio. Por último se plantea que las estrategias empleadas por los adolescentes en realidad no les ayudan a disminuir las manifestaciones de la depresión y sólo funcionan como paliativos.

*Palabras clave:* Depresión, adolescentes, estrategias, afrontamiento.

---

### Nota del autor:

Sergio González Escobar, Centro Universitario, Universidad Autónoma del Estado de México; José Luis Valdez Medina, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma del Estado de México; Norma Ivonne González-Arratia López-Fuentes, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma del Estado de México; Dulce Belén Velasco Monroy, Centro Universitario, Universidad Autónoma del Estado de México.

La correspondencia en relación con este artículo debe dirigirse a Sergio González Escobar, Centro Universitario, Universidad Autónoma del Estado de México, Atlacomulco, Km 60, Carretera Libre Toluca-Atlacomulco, C.P. 50455, Atlacomulco, Estado de México, México.  
Correo electrónico: sergioglz4@hotmail.com

## **Abstract**

In regard to depression, adolescents are among the highest at-risk members of the population and research findings reveal that the onset age of this disease is descending. Consequently those who suffer from depression in this age period usually wait around two years before asking for attention. In addition, Mexican research has neglected the study of the coping strategies that adolescents use when they are depressed. Such a study is the aim of the here reported investigation. A non-probabilistic sample of 400 adolescents attending elementary and high schools was investigated. Half of them were boys and the rest were girls. The Natural Semantic Network was used as instrument, which was administered at students' classrooms. Results showed that students consistently define their strategies across educational level; yet such a consistency is not present when boys and girls are grouped by total samples. The use of the Natural Semantic Network was appropriate for the intended goal of the study. An important finding is that the coping strategies that adolescents use are not helpful in achieving healthy states and in preventing the occurrence of depression, working only as mere palliatives.

*Keywords:* Depression, adolescents, coping strategies.

El número aproximado de adolescentes y jóvenes en el planeta es de 1700 millones; representan una cuarta parte de la población mundial. En México, los datos referentes a las condiciones socioeconómicas que describen a este grupo de edad, en particular, no son alentadores, ya que de acuerdo con la información proporcionada por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2000) se estima que un poco más del 21 por ciento de la población se encuentra entre la adolescencia y la juventud, lo que representa cerca de 30 millones de mexicanos. De éstos, entre el 35 y 40 por ciento viven en situaciones de extrema pobreza; al llegar a los 19 años, cerca del 89 por ciento abandonan la escuela.

Su participación en el mercado laboral es importante, el 8 por ciento de los adolescentes que tienen entre 12 y 14 años se encuentra trabajando, cifra que asciende hasta el 35 por ciento cuando las edades oscilan entre los 15 y 19 años de edad.

Respecto a su vida sexualmente activa, se observa que ésta inicia alrededor de los 15 años; en el área rural es a los 13.8 años; mientras que en la urbana comienza en promedio a los 16.7 años (CONAPO, 2002; Encuesta Nacional de la Juventud, 2000; Santos-Preciado, Villa-Barragán, García-Aviles, León-Álvarez, Quezada-Bolaños, & Tapia-Conyer, 2003).

Distintos autores (Craig, 1997; Shaffer, 2000; Papalia, 2004), han considerado que la adolescencia es uno de los periodos más difíciles de la vida, en la que los cambios físicos, psicológicos y sociales, asociados a condiciones mundiales y nacionales de crisis económicas, así como las escasas oportunidades educativas y laborales; impactan en la salud mental de los adolescentes.

Por consiguiente, el Consejo Nacional Contra las Adicciones (2000) ha señalado que uno de los trastornos que más aqueja a esta parte de la población es la depresión. De acuerdo con González, Cruz y Martínez (2007) en los adolescentes, a diferencia de los adultos, se caracteriza por sentimientos de tristeza, soledad, enojo, angustia, irritabilidad. A nivel cognitivo tienen dificultades para concentrarse, así como para tomar decisiones; fisiológicamente, tienden más al llanto, se alteran los patrones de sueño y de alimentación, presentando letargo y fatiga; a nivel conductual, la característica principal es el aislamiento social, incluso de sus amigos que, después de la familia, se convierte en el vínculo social más importante para el adolescente. Estos autores señalan que existen diferencias en las manifestaciones entre los y las adolescentes; en el caso de los varones se observa mayor aislamiento y la apreciación subjetiva de hablar menos de lo normal, mientras que las mujeres presentan mayores sentimientos de soledad.

A partir de los estudios realizados, respecto a la depresión en este grupo, se ha observado que, al igual que en los adultos, se presenta en dos mujeres por cada hombre (Mariño, Medina-Mora, Chaparro, & González-Forteza, 1993); la edad promedio en que aparece por primera vez es a los 17 años (Medina-Mora & cols, 2003); la cantidad de adolescentes que presentan síntomas depresivos oscila entre el 22 y el 50 por ciento en población abierta (Boschetti-Fentanes, 2004), en México corresponde aproximadamente a dos millones de adolescentes (Benjet, Borges, Medina-Mora, Fleiz-Bautista, & Zambrano-Ruiz, 2004); y el 50 por ciento de quienes llegan a presentarla pueden sufrir hasta por dos años antes de recibir la atención adecuada, debido principalmente a la falta de conocimiento del tratamiento (Cevallos-Rivera, Ochoa-Muñoz, & Cortez-Pérez, 2000).

Estos periodos tan prolongados que sufre el adolescente con la depresión, antes de tener la atención adecuada, permiten pensar en la forma en que la están afrontando; ya que, si bien es cierto que no reciben ayuda, es posible que estén utilizando estrategias para controlar los sentimientos y pensamientos que genera. Sin embargo, se entiende como afrontamiento a los esfuerzos cognoscitivos y conductuales en constante cambio, que se desarrollan en respuesta a las demandas específicas internas o externas evaluadas como excedentes o desbordantes de los propios recursos personales (Lazarus & Folkman, 1986). El afrontamiento ha sido poco estudiado en México, sobre todo en su vínculo con la depresión, a pesar de que se ha observado que es un elemento clave que incide en las condiciones emocionales de los adolescentes (González-Forteza, Villatoro, Pick, & Collado, 1998).

De esta forma, las investigaciones encaminadas al estudio de los estilos de afrontamiento versan sobre las estrategias que emplean los adolescentes ante estresores familiares y psicosociales (González-Forteza, 1992; González-Forteza, Pick, Collado, Álvarez, & Jiménez, 1996; González-Forteza, Andrade-Palos, & Jiménez, 1997; González-Forteza et al., 1998). Los resultados mostraron que cuando los adolescentes presentaban algún estresor social o familiar, las estrategias que comúnmente se empleaban eran: resolutivas, adaptativas, de

distracción, de agresión manifiesta o encubierta, evitativas, reflexivas, así como expresiones de ánimo depresivo; siendo las mujeres las que marcaban las diferencias por sexo.

En un estudio, empleando una muestra argentina, se observó que cuando los adolescentes afrontaban los problemas lo hacían a través de la preocupación, buscar diversiones relajantes, fijarse en lo positivo, buscar pertinencia y la distracción física (Figuroa, Contini, Lacuzana, Levín, & Estévez, 2005); mientras que los adolescentes norteamericanos empleaban las estrategias de buscar apoyo social, espiritual y profesional, concentrarse en resolver el problema, esforzarse y tener éxito, preocuparse, invertir en amigos íntimos, buscar pertenencia, hacerse ilusiones, falta de afrontamiento, reducción de la tensión, acción social, ignorar el problema, autoinculparse, reservarlo para sí, fijarse en lo positivo, buscar diversiones relajantes y la distracción física (Frydenberg & Lewis, 1997).

La investigación realizada por Meyer (2007), en la que empleó el *Coping Inventory of Depression*, y lo aplicó a estudiantes universitarios de una institución privada, encontró que éstos afrontaban sus sentimientos de tristeza al salir y realizar actividades sociales, expresar sus sentimientos y la distracción intencional. Asimismo, observó que había estrategias que se usaban más de lo que servían; tales como el expresar sus sentimientos, la distracción o ignorar el problema. En cambio, las estrategias que se usaban menos, pero que tenían mejores efectos, eran las actividades recreativas, buscar el significado, actividades de utilidad, rezar y buscar ayuda de los expertos.

Es conveniente señalar que esta investigación presenta varios problemas en su diseño, los dos más importantes son el haber empleado una muestra heterogénea y no representativa de estudiantes de psicología. Por otro lado, el instrumento, si bien es cierto que se ha aplicado en muestras españolas, en México no existen estudios respecto a sus propiedades psicométricas que justifiquen su uso. Siguiendo esta misma línea de investigación Galaif, Sussman, Chou y Wills (2003) mencionan que la búsqueda de apoyo social se relaciona con los estilos de afrontamiento ante la tristeza.

Los estudios que han vinculado la depresión con los estilos de afrontamiento se han originado en contextos distintos a la población mexicana, donde los resultados mostraron que cuando las personas se comienzan a deprimir emplean estrategias de manera espontánea sin saber si les van a ser de utilidad (Ring & Vázquez, 1996). Las primeras en utilizarse son de tipo cognitivo, siempre y cuando exista la posibilidad de controlar las emociones, cuando esto ya no es posible lo afrontan desde lo emocional (Ando, 2002). Asimismo, se ha observado que a mayor uso de estilos de afrontamiento orientados a la solución del problema y en resignificar positivamente, existe menor dolor emocional, menos síntomas depresivos y mayor bienestar; mientras que el afrontamiento, orientado a la emoción, pasivo y con tendencia al actino-out se correlaciona con mayor dolor emocional y depresión (Kuyken & Brewin, 1994; Haghigtou & Peterson, 2001; McWilliams, Cox, & Enns, 2003). Aunado a lo anterior, Marusic y Goodwin (2006), así como Sheung-tak y Chan (2007), han señalado que el empleo de estrategias maladaptativas de afrontamiento y las dificultades interpersonales son variables asociadas a la depresión y a la conducta suicida.

Cuando la depresión incrementa su intensidad se observa que las estrategias empleadas difícilmente podrán resolver este trastorno, ya que están orientadas a distraerse del problema y las que más se utilizan son las de tipo emocional y pasivo (Whatley, Foreman, & Richards, 1998), el optimismo ilusorio (*Wishful thinking*), la rumiación y la búsqueda de información compulsiva sobre su situación (Smith, Wethington, & Zhan, 1996); así como la distracción y la represión (Ring & Vázquez, 1996).

Respecto al género, se ha observado que las mujeres, a diferencia de los hombres, tienden a emplear más estrategias que se centran en la distracción (Hewitt, Flett, & Endler, 1995), el escape-evitación, el autocontrol y el aceptar la responsabilidad de la situación (Kuyken & Brewin, 1994).

Particularmente en México, Gamboa y Flores (2006), teniendo como objetivo determinar la relación entre la asertividad, el enfrentamiento y la depresión en adolescentes hombres y

mujeres, realizaron una investigación en la que sus resultados mostraron que los adolescentes que eran asertivos se expresaban y enfrentaban los problemas de manera directa, presentaban menores índices de depresión; y que a mayor asertividad indirecta y no asertividad la sintomatología depresiva era más alta. Asimismo, se observó que a mayor depresión mayor uso de los estilos emocional evasivo y emocional negativo; por el contrario, a menor depresión los estilos más utilizados eran el directo, el revalorativo y el directo revalorativo.

Como se habrá podido observar, son pocos los estudios que se han realizado para comprender cómo es que los adolescentes afrontan la depresión. A pesar de los resultados de otros países, no se pueden trasladar a contextos como el de los adolescentes mexicanos, ya que como lo señalan Hussain y Cochrane (2003), las diferencias culturales son un factor que influye en la elección de las estrategias a emplear. Un claro ejemplo de ello, el que las mujeres en la India eligen sus estrategias en función de sus creencias (rezan y tienen fe en que Dios sabe lo que hace). De esta forma, el objetivo de la presente investigación fue identificar cuáles son las estrategias que emplean adolescentes mexicanos cuando consideran estar deprimidos.

## Método

### Participantes

Se trabajó con una muestra no probabilística de tipo intencional conformada por 400 estudiantes (200 del nivel Medio Básico y 200 del Medio Superior). Repartidos equitativamente por sexo y cuyas edades oscilaron entre los 12 y 20 años de edad, con una media = 15.16 (D.E. = 1.8).

### Instrumento

Como instrumento se empleó la técnica de Redes Semánticas Naturales (Figueroa, González, & Solís, 1981; Valdez-Medina & Hernández, 1986), que consiste fundamentalmente en dos tareas sencillas:

Definir una palabra estímulo con un mínimo de cinco palabras sueltas que pueden ser verbos, adverbios, sustantivos, adjetivos, pronombres; sin utilizar ninguna partícula gramatical (artículos o preposiciones).

Jerarquizar todas y cada una de las palabras que dieron como definidoras, en función de la importancia que consideraron que tienen para con la palabra estímulo, asignándole el número uno a la palabra más cercana, relacionada o que mejor defina la palabra estímulo, el número dos a la que le sigue en relación, el tres a la siguiente, y así sucesivamente hasta terminar de jerarquizar todas las palabras definidoras que generaron.

Por el propósito de la investigación el único estímulo empleado fue: “¿Qué haces o has hecho para dejar de estar deprimido?”

## Procedimiento

Todas las aplicaciones se realizaron de manera grupal dentro de los salones de clase. Se les explicó el objetivo de la investigación e invito a participar en forma voluntaria, cabe mencionar que ningún adolescente se negó a hacerlo.

Los valores obtenidos fueron el Conjunto SAM, que consiste en las 15 definidoras con valor M más alto; el valor M total, que consiste en el peso semántico de las definidoras; así como el valor J, que consiste en el número total de definidoras proporcionadas por los participantes.

## Resultados

Los resultados obtenidos por el estímulo “¿Qué haces o has hecho para dejar de estar deprimido?”, mostraron que los hombres y las mujeres estudiantes del Nivel Medio Básico coinciden en el 80 por ciento de las definidoras proporcionadas. Mientras que los hombres emplearon las definidoras dibujar, video juegos y deportes, las mujeres emplearon leer, caminar y hablar. El valor J más alto lo presentan los varones (véase tabla 1).

En el Nivel Medio Superior, el conjunto SAM obtenido del estímulo ¿Qué haces o has hecho para dejar de estar deprimido? por hombres y mujeres, mostró que coincidieron en el 80 por ciento de las definidoras proporcionadas. Los hombres emplearon las definidoras dibujo, ayuda y ver; mientras que las mujeres emplearon amigos, deporte y cantar. Nuevamente el valor J fue más alto en hombres (véase tabla 2).

El conjunto SAM del estímulo “¿Qué haces o has hecho para dejar de estar deprimido?” de la muestra total por hombres y mujeres, mostraron una coincidencia del 40 por ciento y se diferenciaron en el 60 por ciento de las definidoras empleadas. Los hombres utilizaron jugar, platicar, escuchar música, televisión, leer, salir, reír, pensar y pasear; mientras que las mujeres emplearon amigos, familia, feliz, deporte, bailar, cantar, gritar, escribir y positivismo. El valor J, al igual que en los casos anteriores, es más alta en hombres (véase tabla 3).

Los resultados obtenidos del conjunto SAM por nivel educativo del estímulo “¿Qué haces o has hecho para dejar de estar deprimido?”, mostraron una coincidencia del 80 por ciento y una diferencia del 20 por ciento. De esta forma, mientras que los adolescentes de secundaria corren, dibujan y pasean; los de educación media superior olvidan, cantan y van a fiestas (véase tabla 4).

## Discusión

Como se ha podido observar a lo largo de la presente investigación, el estudio de la depresión en adolescentes se ha orientado a determinar su relación con otras variables y muy poco sobre la forma en que éstos la afrontan, sobre todo en el contexto nacional. En este sentido, el objetivo de la presente investigación fue obtener, a partir del uso de la técnica de Redes Semánticas Naturales, las estrategias que los adolescentes emplean. Cabe señalar que, la técnica permitió obtener información precisa respecto a este tema y continúa demostrando su utilidad como una etnometodología adecuada para el estudio de los significados, orientando el estudio desde una perspectiva etnopsicológica y apta, no sólo para la investigación en psicología social (Valdez-Medina, 1998), sino también en la psicología clínica (González & Valdez, 2005).

Tabla 1

*Conjunto SAM del Estimulo ¿Qué haces o has hecho para dejar de estar deprimido?, en estudiantes de Nivel Medio B*

CVO.	HOMBRES		MUJERES	
	DEFINIDORAS	VM	DEFINIDORAS	VM
1	Jugar	389	Jugar	357
2	Platicar	230	Salir	316
3	Televisión	194	Oír música	303
4	Salir	185	Platicar	297
5	Oír música	183	Televisión	211
6	Correr	159	Amigos(as)	167
7	<b>Dibujar</b>	<b>145</b>	<b>Leer</b>	<b>157</b>
8	Dormir	132	Reír	134
9	<b>Video juegos</b>	<b>128</b>	Dormir	116
10	Amigos(as)	108	Correr	114
11	Pensar	107	Comer	108
12	Comer	102	<b>Caminar</b>	<b>99</b>
13	Pasear	96	Pensar	97
14	Reír	94	<b>Hablar</b>	<b>95</b>
15	<b>Deportes</b>	<b>93</b>	Pasear	95
	<b>Valor J = 199</b>		Valor J = 132	

Tabla 2

*Conjunto SAM del Estimulo ¿Qué haces o has hecho para dejar de estar deprimido?, por hombres y mujeres de Nivel Medio Superior*

CVO.	HOMBRES		MUJERES	
	DEFINIDORAS	VM	DEFINIDORAS	VM
1	Jugar	453	Música	442
2	Platicar	382	Salir	439
3	Música	283	Platicar	393
4	<b>Dibujo</b>	<b>267</b>	Jugar	315
5	Televisión	247	Televisión	206
6	Salir	247	Dormir	196
7	Leer	225	Leer	190
8	Dormir	206	Caminar	184
9	Pensar	167	Pensar	184
10	<b>Ayuda</b>	<b>151</b>	Reír	184
11	Reír	150	Comer	131
12	Caminar	135	<b>Amigos</b>	<b>126</b>
13	Distraerme	130	Distraerme	115
14	Comer	126	<b>Deporte</b>	<b>101</b>
15	<b>Ver</b>	<b>119</b>	<b>Cantar</b>	<b>96</b>
	<b>J = 127</b>		J = 94	



Tabla 3

*Conjunto SAM del Estimulo ¿Qué haces o has hecho para dejar de estar deprimido?, por hombres y mujeres*

CVO.	HOMBRES		MUJERES	
	DEFINIDORAS	VM	DEFINIDORAS	VM
1	<b>Jugar</b>	<b>948</b>	Dormir	307
2	<b>Platicar</b>	<b>628</b>	<b>Amigos</b>	<b>290</b>
3	<b>Escuchar Música</b>	<b>595</b>	Caminar	283
4	<b>Televisión</b>	<b>511</b>	Comer	269
5	Dormir	394	<b>Familia</b>	<b>202</b>
6	Dibujar	378	Correr	180
7	<b>Leer</b>	<b>330</b>	<b>Feliz</b>	<b>180</b>
8	<b>Salir</b>	<b>325</b>	<b>Deporte</b>	<b>174</b>
9	Correr	312	Distraerme	171
10	Comer	258	<b>Bailar</b>	<b>153</b>
11	<b>Reír</b>	<b>251</b>	<b>Cantar</b>	<b>152</b>
12	<b>Pensar</b>	<b>247</b>	<b>Gritar</b>	<b>126</b>
13	<b>Pasear</b>	<b>243</b>	<b>Escribir</b>	<b>120</b>
14	Caminar	229	<b>Positivismo</b>	<b>112</b>
15	Distraerme	211	Dibujar	108
	<b>J = 173</b>		J = 94	

Tabla 4

*Conjunto SAM del Estímulo ¿Qué haces o has hecho para dejar de estar deprimido? por nivel educativo*

CVO.	SECUNDARIA		PREPARATORIA	
	DEFINIDORAS	VM	DEFINIDORAS	VM
1	Jugar	746	Jugar	866
2	Platicar	622	Platicar	775
3	Salir	501	Escuchar música	725
4	Escuchar Música	486	Salir	686
5	Televisión	405	Televisión	443
6	Correr	273	Pensar	428
7	Dormir	248	Leer	415
8	Reír	228	Dormir	402
9	Leer	227	Reír	334
10	Dibujar	221	Caminar	319
11	Comer	210	Comer	309
12	Pensar	204	Deportes	200
13	Pasear	191	Olvidar	177
14	Caminar	176	Cantar	164
15	Deportes	144	Fiestas	163
	J = 331		J = 221	

Los resultados obtenidos por sexo mostraron que en México, a pesar de que en la actualidad los hombres y las mujeres se están tornando andróginos (Valdez, 2007), a los primeros se les ha enseñado que no deben de ser sentimentales; mientras que a las segundas se les permite cualquier manifestación de sus emociones. Así, los resultados muestran la condición instrumental de los hombres, donde se muestra que, al no poder expresar sus emociones abiertamente a través del llanto o la tristeza, tienen que emplear otras vías de expresión aceptadas socialmente; por ello recurren a otro tipo de medios para dejar de estar deprimidos. En este caso, las estrategias están orientadas al hacer, al impulso, al movimiento, tales como el jugar, salir o pasear. Esto mismo permite explicar el porque los hombres presentaron valores más altos. En cambio, las mujeres están orientadas a la expresión, son más pasivas y, al ser más expresivas, tienen mayores posibilidades de demostrar sus emociones y no existe ningún inconveniente en que lloren o estén tristes, por ello son tan consistentes al momento de utilizar sus estrategias.

Asimismo, los resultados mostraron que existen estrategias que se usan de manera constante, por lo menos durante estos seis años que abarcan los dos niveles educativos estudiados. A la primera de ellas, se les puede llamar Estrategias de Regulación Fisiológica, debido a que los adolescentes afrontan la depresión a través del comer y el dormir, de esta manera disminuyen la ansiedad y evitan, aunque sea por un momento el dolor, que implica. Esto lo consiguen a través de evitar el contacto con el mundo y con la fantasía de que cuando despierten todo será distinto. Estas conductas, como estrategias de afrontamiento, son sumamente importantes, debido a que tradicionalmente se les ha considerado como los síntomas biológicos prototípicos de la depresión (Pardo, Sandoval, & Umbarila, 2004). En cambio, los resultados aquí encontrados los muestran como conductas que tienen para disminuir el malestar que implica.

Un segundo tipo de estrategias, mencionada por los adolescentes, se le puede llamar Estrategias de Regulación Física, debido a que el adolescente corre, camina, hace ejercicio o practica algún deporte. En este caso, lo que

se pretende es expulsar el malestar del cuerpo a través de una actividad física. Sin embargo, a pesar de que se ha mencionado que el hacer ejercicio mejora la salud física y mental, habrá que estudiar el momento en que se recomienda hacerlo y considerarlo como una estrategia adecuada para disminuir la depresión (Cevallos-Rivera et al., 2000).

Otro tipo de estrategias, que han sido planteadas por diversos autores (Ring & Vázquez, 1996) y que aparecieron en esta investigación, pertenecen a la categoría de Distracción; lo que los adolescentes hacen es dibujar, cantar, bailar, pasearse o distraerse. Por el contrario, un conjunto de estrategias a las que se les puede llamar Estrategias de Regulación Tecnológica, no han sido referidas por ninguna investigación y en éstas los adolescentes mencionan que una forma de afrontar la depresión es a través de ver la televisión, escuchar música o jugar video-juegos. Esta última es particularmente importante, ya que las investigaciones apuntan a una vinculación entre estas dos variables (jugar video juegos y depresión; Estallo, 1994). Sin embargo, será necesario estudiar más a fondo esta interacción para determinar el vínculo causa-efecto, es decir, los adolescentes se ensimisman en el juego por sentirse deprimidos y de esta forma lo afrontan; o por el contrario, el hecho de sumergirse en los videojuegos les provoca depresión.

Un tipo de estrategias mencionadas por ambos sexos, pero con mayor valor para las mujeres, fue un conjunto de comportamientos orientados hacia la búsqueda del apoyo social, es decir las Estrategias de Regulación Social, en las que se busca aliviar la depresión a partir del apoyo que pueden brindar tanto amigos como familiares. Es innegable el valor, tanto protector como causante, de la depresión (Valadez-Figueroa, Amezcua-Fernández, Quintanilla-Montoya, & González-Gallegos, 2005), que tienen estos grupos sociales y era de esperarse que emergieran como variables asociadas al fenómeno. Es de notarse que el orden en que aparecen es lo esperado para el caso de los adolescentes, es decir a quien se recurre en primer lugar es a los amigos y luego a los familiares, no es necesario que sean los padres (Leyva-Jiménez, Hernández-Juárez, Nava-Jiménez, & López Gaona, 2007).

También se observó que los adolescentes presentaron Estrategias de Regulación Emocional, donde se pretende afrontar la depresión a partir del control o manifestación de las emociones; pueden ser socialmente aceptadas como el ser feliz, amar o sonreír, o inaceptables como el enojo, el coraje, la rabia o el gritar. En ese sentido Lazarus y Folkman (1986) plantean que este tipo de estrategias no resuelven el problema.

Una última categoría de estrategias fueron las Estrategias de Regulación Cognitiva, se les nombra de esta forma porque las actividades que realizan están orientadas hacia un ejercicio mental como lo es el pensar, leer o escribir. Quizá el inconveniente de este tipo de estrategias es el ensimismamiento y el soliloquio en el que pueden caer los adolescentes y que a la postre los lleve a cometer el suicidio (Jiménez, Mondragón, & González, 2007; Pliego, 2001). Por el contrario, si estas estrategias se aprovechan de manera adecuada el adolescente puede escribir lo que siente, de tal forma que aquellos que estén cerca de él puedan conocer lo que le está ocurriendo y darle la atención adecuada.

Para finalizar, es importante puntualizar que al menos en los diversos conjuntos SAM presentados en esta investigación, la mayor parte de las estrategias que dicen utilizar los adolescentes en realidad no llegan a resolver el estado de ánimo deprimido, lo que puede contribuir a explicar porque la depresión se atiende cuando se es adulto (Medina-Mora & cols. 2003). Es decir, las estrategias que emplean los adolescentes están funcionando como paliativos para el malestar depresivo, pueden dar cierta tranquilidad temporal pero no se soluciona el problema (Valdez-Medina, 2009). Por otro lado, al nombrar a las estrategias se ha empleado de manera deliberada el título de “Estrategia de Regulación...” y se coloca el nombre correspondiente, se ha hecho de esta forma porque la depresión es un equilibrio perdido (Valdez-Medina, 2009) y las estrategias de afrontamiento lo que hacen es regular para obtener la homeostasis perdida.

## Referencias

- Ando, M. (2002). Relationship among mental health, coping styles and mood. *Psychological Reports*, 90, 606-612.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Fleiz-Bautista, C., & Zambrano-Ruiz, J. (2004). La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública de México*, 46(5), 417-424.
- Boschetti-Fentanes, B. (2004). La depression y su manejo en el ámbito de la medicina familiar. *Archivos en Medicina Familiar*, 6(3), 61-63.
- Cevallos-Rivera, J. J., Ochoa-Muñoz, J., & Cortez-Pérez, E. (2000). Depresión en adolescencia. Su relación con actividad deportiva y consumo de drogas. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 38(5), 371-379.
- Consejo Nacional Contra las Adicciones. (2000). *Encuesta Nacional de Adicciones*. México: Secretaría de Salud.
- Consejo Nacional de Población. (2002). *Situación actual de las y los jóvenes en México. Diagnóstico Sociodemográfico*. México: CONAPO.
- Craig, G. J. (1997). *Desarrollo Psicológico*. México: Prentice Hall.
- Encuesta Nacional de la Juventud. (2000). *Resultados Generales*. México: Secretaría de Educación Pública, Instituto Mexicano de la Juventud.
- Estallo, J. A. (1994). Video juegos, personalidad y conducta. *Psicothema*, 6, 181-190.
- Figueroa, M. I., Contini, N., Lacuzana, A. B., Levín, M., & Estévez, S. A. (2005). Las estrategias de afrontamiento y su relación con el bienestar psicológico. Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán (Argentina). *Anales de Psicología*, 21(1), 66-72.
- Figueroa, J., González, E., & Solís, V. (1981). Una aproximación al Problema del Significado: Las Redes semánticas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 13(3), 447-458.
- Frydenberg, E., & Lewis, R. (1997). ACS. *Escalas de Afrontamiento para Adolescentes*. Manual. Madrid: TEA.
- Galaif, E. R., Sussman, S., Chou, C-P., & Wills, T. A. (2003). Longitudinal relations among depresión, stress, and doping high risk youth. *Journal of Youth and Adolescence*, 32, 243-258.
- Gamboa, C. I. P., & Flores, G. M. M. (2006). Asertividad, enfrentamiento y depresión en Adolescentes Yucatecos. *La Psicología Social en México*, 11, 110-115.
- González, E. S., Cruz, U. D. P., & Martínez, M. X. V. (2007). La medición de la depresión en adolescentes: una propuesta psicométrica. *Psicología y Salud*, 17(2), 199-205.
- González, E. S., & Valdez, M. J. L. (2005). Significado psicológico de la depresión en médicos y psicólogos. *Psicología y Salud*, 15(2), 257-262.
- González-Forteza, C. (1992). *Estrés psicosocial y respuestas de enfrentamiento: impacto sobre el estado emocional en adolescentes*. Tesis de Maestría. UNAM.
- González-Forteza, C., Andrade-Palos, P., & Jiménez, A. (1997). Estresores cotidianos familiares, sintomatología depresiva e ideación suicida en adolescentes mexicanos. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 43(4), 319-326.
- González-Forteza, C. F., Pick, S., Collado, M. M. E., Álvarez, M., & Jiménez, A. (1996). Estresores de la sexualidad de los adolescentes y su forma de enfrentarlos. Un estudio exploratorio en México. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 42(1), 43-49.
- González-Forteza, C., Villatoro, J., Pick, S., & Collado, M. E. (1998). Estrés psicosocial y su relación con las respuestas de enfrentamiento

- y el malestar emocional en una muestra representativa de adolescentes al sur de la ciudad de México: Análisis según nivel socioeconómico. *Salud mental*, 21(2), 37-45.
- Haghitgou, H., & Peterson, C. (2001). Coping and depressive symptoms among Iranian students. *The Journal of Social Psychology*, 135, 175-180.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Endler, N. S. (1995). Perfectionism, Coping, and depression symptomatology in a Clinical Sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 2, 47-58.
- Hussain, F. A., & Cochrane, R. (2003). Living with depression: coping strategies used by south Asian women, living in the UK, suffering from depression. *Mental Health, Religion and Culture*, 6, 21-24.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2000). *Daños a la salud. Tabulados Básicos y por Entidad*. Mexico: INEGI.
- Jiménez, T. A., Mondragón, B. L., & González, F. C. (2007). Self-esteem, depressive symptomatology, and suicidal ideation in adolescents: results of three studies. *Salud Mental*, 30, 20 - 26.
- Kuyken, W., & Brewin, C. R. (1994). Stress and Coping in Depressed women. *Cognitive Therapy and Research*, 18, 403-412.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Leyva-Jiménez, R., Hernández-Juárez, A. M., Nava-Jiménez, G., & López-Gaona, V. (2007). Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45(3), 225-232.
- Mariño, M. C., Medina-Mora, M. E., Chaparro, J.J., & González-Forteza, C. (1993). Confiabilidad y estructura factorial del CES-D en una muestra de adolescentes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 10(2), 141-146.
- Marusic, A., & Goodwin, R. D. (2006). Suicidal and deliberate Self-Harm Ideation Among Parents with Physical Illness: The Role of Coping Styles. *Journal of Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(3), 323-328.
- McWilliams, L. A., Cox, B. J., & Enns, M. W. (2003). Use of the Coping Inventory and Stressful situations in a clinical depressed sample. Factor Structure, Personality correlates and prediction of distress. *Journal of Clinical Psychology*, 59(12), 1371-1385.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara Muñoz, C., Benjet, C., Blanco Jaimes, J., Fleiz Bautista, C., Villatoro Velázquez, J., Rojas Guiot, E., Zambrano Ruíz, J., Casanova Rodas, L., & Aguilar Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1-16.
- Meyer, M. (2007). Estilos de afrontamiento en situaciones de tristeza en estudiantes de la Universidad Iberoamericana mediante el Coping Inventory of Depression (CID). *Psicología Iberoamericana*, 15(1), 24-33.
- Papalia, D. (2004). *Psicología del Desarrollo*. México: McGraw-Hill.
- Pardo, A. G., Sandoval, D. A., & Umbarila, Z. D. (2004). Adolescencia y depresión. *Revista Colombiana de Psicología*, 13, 13-28.
- Pliego, A. (2001). *Cómo detectar y vencer la depresión en jóvenes*. México: Selector.
- Ring, J., & Vázquez, C. (1996). Estrategias de afrontamiento ante la depresión: un análisis de su frecuencia y utilidad mediante el Coping Inventory of depression. *Psicología Conductual*, 4, 9-28.
- Santos-Preciado, B. J. I., Villa-Barragan, J. P., García-Avilés, M. A., León-Álvarez, G. L., Quezada-Bolaños, S., & Tapia-Conyer, R. (2003). La transición epidemiológica de los y las adolescentes en México. *Salud Pública de México*, 45(1), 140-S152.

- Shaffer, D. R. (2000). *Psicología del Desarrollo: infancia y adolescencia*. México: International Thomson Editores.
- Sheung-tak, Ch., & Chan, A. C. M. (2007). Pathways from stress to suicidality and the protective effect of social support in Hong Kong Adolescents. *Journal of Suicide and Life Threatening Behavior*, 37(2), 187-196.
- Smith, M., Wethington, E., & Zhan, G. (1996). Self-concept clarity and preferred coping styles. *Journal of Personality*, 64(2), 407-434.
- Valadez-Figueroa, I., Amezcua-Fernández, R., Quintanilla-Montoya, R., & González-Gallegos, N. (2005). Familia e Intento suicida en el adolescente de educación media superior. *Archivos en Medicina Familiar*, 7(3), 69-78.
- Valdez-Medina, J. L. (1998). *Las redes semánticas, Usos y Aplicaciones en Psicología Social*. México: Universidad Autónoma del Estado de México
- Valdez, M. J. L. (2007). *Hombres y Mujeres en México, dos mundos distintos pero complementarios*. México: Universidad Autónoma del estado de México.
- Valdez, Medina. J. L. (2009). *Teoría de la Paz o Equilibrio: una nueva teoría que explica las causas del miedo y del sufrimiento, y que nos enseña a combatirlos*. México: EDAMEX.
- Valdez-Medina, J. L., & Hernández, G. A. (1986). *El significado psicológico de Padre, madre, Dios y Virgen: Redes semánticas, Convergencias conceptuales*. Tesis de Licenciatura. México: Universidad Autónoma de México.
- Whatley, S. L., Foreman, A. C., & Richards, S. (1998). The relationship of coping style to dysphoria, anxiety, and anger. *Psychological Reports*, 83, 783-791.

# **Estrés laboral como reto y como presión: Su relación con características de la personalidad**

Occupational stress as challenge and pressure: Its relationship with personality traits.

---

Magdalena Escamilla Quintal

Jouinie Arias Aldana

Reinaldo Novelo Herrera

Universidad Autónoma de Yucatán

## **Resumen**

Generalmente, la psicología se ha centrado en lo patológico del estrés (Siegel & Schrimshaw, 2000; Peiró, 2008). Sin embargo, desde la psicología positiva se enfatizan las emociones, actitudes y acciones orientadas al bienestar y a la obtención de lugares de trabajo positivos (Simmons & Nelson, 2007). No obstante, ambas perspectivas no son excluyentes, ya que se ha puesto de manifiesto que las emociones positivas pueden coexistir con las negativas durante circunstancias estresantes y adversas. El objetivo del presente estudio fue analizar las relaciones existentes entre la valoración/percepción como presión o como reto de los potenciales estresores y características de personalidad: el optimismo, la resiliencia y el locus de control. Participaron 117 profesores de nivel medio superior y superior de Mérida, Yucatán, México. Los resultados muestran que el optimismo correlaciona positivamente con la dimensión responsabilidad personal percibida como reto y negativamente con las dimensiones carga de trabajo y balance casa/trabajo percibidas como presión. La resiliencia correlaciona positivamente con la dimensión relaciones en el trabajo, percibida como reto, y el locus de control correlaciona negativamente con las dimensiones relaciones en el trabajo y balance casa/trabajo percibidas como presión. Se discuten los resultados, aportaciones y limitaciones.

*Palabras clave:* Estrés como reto, estrés como presión, optimismo, resiliencia, locus de control.

---

### Nota del Autor:

Magdalena Escamilla Quintal, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Yucatán; Jouinie Arias Aldana, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Yucatán; Reinaldo Novelo Herrera, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Yucatán.

La correspondencia en relación con este artículo deberá dirigirse a Magdalena Escamilla Quintal, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Yucatán, Calle 31A x 8, No. 300, Col. San Esteban, C.P. 97149, Mérida, Yucatán, México.

Correo electrónico: m.escamilla@uady.mx

## Abstract

Generally, psychology has focused on pathological stress (Siegel & Schrimshaw, 2000; Peiro, 2008). However, positive psychology emphasizes emotions, attitudes and actions aimed at obtaining happiness and positive workplaces (Simmons & Nelson, 2007). Nevertheless, both perspectives do not oppose each other since –as it has been shown– positive emotions may coexist with negative ones during stressing and adverse circumstances. The aim of this study was to analyze the relationship between appraisal/perception as pressure or challenge stressors and personality traits: optimism, resilience and locus of control. One hundred and seventeen high school and college teachers at Merida, Yucatan, Mexico participated in the study. The findings showed that optimism correlates positively with personal responsibility perceived as challenge, and negatively with workload and balance work/home; resilience correlated positively with relationships at job and locus of control correlated negatively with relationships at job and balance work/home. Findings, contributions and limitations are discussed.

*Keywords:* Stress as challenge, stress as pressure, optimism, resilience, locus of control.

Durante las últimas décadas, importantes transformaciones como la globalización de la sociedad y la economía, el desarrollo de nuevas tecnologías de información y comunicación, tienen un impacto importante sobre el trabajo y las organizaciones en general. En este sentido, una de las organizaciones e instituciones en donde existe una mayor complejidad de relaciones por la pluralidad de actores sociales es la educativa (docentes, administrativos, alumnos, padres de familia, etc.). Desde esta perspectiva la prevención de riesgos psicosociales resulta un reto para cualquier sociedad.

Resulta importante que los profesores sean precursores de pautas y modelos de comportamientos que promuevan el bienestar psicosocial; por lo que, es fundamental que experimenten una adecuada calidad de vida y salud en los diferentes ámbitos de desarrollo: personal, social y laboral.

El trabajo docente posee un alto nivel de complejidad, la que aumenta cada día a medida que la sociedad se va complejizando. Es así como las demandas de distintos actores sociales hacia los profesores se vuelven más sofisticadas (Selamé, 1998). Dadas las múltiples demandas a las que son sometidos los profesores en este contexto, es posible considerar a la docencia como una profesión estresante, donde se exige una interacción constante y absorbente,

y que además enfrenta condiciones laborales insatisfactorias (Asún, Molina, & Real, 2002). Cambios en el estatus profesional, en las posibilidades de realización personal y en el mantenimiento de la salud de los profesores son elementos clave para comprender la situación.

En la actualidad, la salud ya no es definida únicamente como ausencia de enfermedad sino como la construcción de un bienestar integral, donde lo físico, lo emocional y lo social resultan ser parte de un todo. Para esta nueva conceptualización de la salud la prevención resulta un eje central, lo remedial no es suficiente, identificar poblaciones vulnerables resulta importante. La preocupación por la prevención de riesgos psicosociales en el caso de los profesores y desde el interés por la educación de las generaciones jóvenes en un nuevo contexto económico, cultural y social, es urgente la intervención para que dichas metas sean alcanzadas.

De Frutos, González, Maillo, Peña y Riesgo (2007) opinan que un buen entorno laboral afecta a las personas y a los procesos de trabajo, mejorando en consecuencia los resultados, y agregan que en la actualidad son frecuentes las noticias que destacan el estrés y el malestar del profesorado.



## Conceptualización y estudio del estrés

En 1950 Hans Selye definió el término estrés, en su obra *Stress*, como una condición interna del organismo que se produce como respuesta ante agentes evocadores; este fenómeno ha sido estudiado desde distintos enfoques, en el ámbito personal y profesional, con diversas poblaciones de estudio y ocupaciones, así como en un nivel individual y colectivo. Desde una perspectiva transaccional, entre persona y ambiente, este fenómeno sólo se caracteriza adecuadamente si se tienen en cuenta la situación ambiental, así como la relación de la persona con respecto a esa situación a lo largo del tiempo (Peiró, 2000).

Asimismo, algunos autores utilizan el término para designar al proceso en el cual algunas características de la situación producen resultados negativos para el bienestar o salud de las personas (Mingote & Pérez, 2003; Williams & Cooper, 2004). De igual manera, Salanova (2003) considera al estrés laboral como un proceso en donde intervienen gran diversidad de estresores o demandas laborales y también recursos, tanto de la persona como del trabajo, cuya ausencia pueden convertirse en un estresor más, y su presencia puede amortiguar los efectos dañinos de los estresores. Éste último planteamiento, que concibe al estrés como un proceso, es el que en la actualidad se acepta como el más completo.

### Enfoque tradicional

La investigación sobre el estrés ha estado dominada durante muchos años por un enfoque centrado en déficit, las disfunciones y las patologías; una perspectiva negativa de daño o pérdida (Vera, 2006). Dicha investigación ha focalizado su atención en los resultados negativos, lo que ha llevado a que el estrés se convirtiera en sinónimo de distrés, y que ambos conceptos se utilicen indistintamente. (Le Ferve, Matheny, & Kolt, 2003).

### Enfoque de la Psicología Positiva

La psicología positiva ha sido definida y desarrollada como el estudio de las emociones, los estados y las instituciones positivas. Tiene

como objetivo promover un cambio en el foco de preocupación de la psicología, así como la promoción de las cualidades positivas (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Las emociones positivas se caracterizan por dar lugar a estados afectivos placenteros y beneficiosos para las personas; por otra parte, las organizaciones positivas hacen referencia a las características de los buenos trabajos y de las mejores organizaciones para trabajar, es decir, organizaciones que aprenden, innovadoras, imaginativas y adaptativas a los cambios futuros (Salanova, Martínez, & Llorens, 2005).

En general, este enfoque tiene un impacto importante en la investigación sobre el estrés, recuperando los términos y los aspectos positivos que intervienen en dicho proceso y proponiendo un enfoque más integral en el estudio del mismo. De acuerdo con Peiró (2008), el enfoque de la psicología positiva aporta nuevas ideas para el diagnóstico del estrés laboral y la prevención de riesgos, en lugar de un análisis más amplio del estrés buscando sus efectos positivos y negativos. Por ejemplo, las diferentes creencias acerca de la felicidad pueden influir en la evaluación del estrés y sus interpretaciones como amenazas o reto.

### Características de personalidad

Toda la investigación ha tomado al individuo como unidad focal de análisis del fenómeno. El estrés, para toda esta investigación, es una experiencia individual, aunque puede estar influida por fenómenos sociales. El estrés resulta ser una experiencia individual, por lo tanto, es importante identificar las diferencias individuales que permiten distintas respuestas y niveles de tolerancia ante las experiencias de estrés (Peiró, 2001).

Entre las características de personalidad que han sido más estudiadas, en la relación con el estrés, se encuentran el optimismo (Maruta, Colligan, Malinchoc, & Offord, 2000), la resiliencia (Ryff & Singer, 2003; Tugade & Fredrickson, 2004; Vera, Carbelo, & Vecina, 2006) y el locus de control (Glazer, Stetz, & Izso, 2004; Kirkcaldy, Shepard, & Furnham, 2002). Debido a lo anterior, hemos seleccionado estas características de

personalidad como variables de este estudio. A continuación se describirán cada una de ellas.

Las investigaciones dentro de la psicología positiva han determinado que los sujetos optimistas tienen mejor calidad de vida, menos ansiedad y estrés, además de enfermarse menos. (Ambrós, 2008). El optimismo que puede definirse en términos de expectativas positivas generalizadas de resultado, como la creencia de que el futuro depara más éxitos que fracasos (Scheier, Carver, & Bridges, 1994).

Los sujetos optimistas manifiestan un estilo de afrontamiento del estrés definido en términos de una mayor utilización de estrategias de afrontamiento activo (resolución de problemas y reestructuración cognitiva); en contraposición los pesimistas, optan por las estrategias de afrontamiento pasivo especialmente la autocrítica (Martínez-Correa, Reyes, García-León, & González-Jareño, 2006).

Por otra parte, las personas resilientes son aquellas que ante la adversidad se doblan pero no se rompen, son capaces de experimentar emociones positivas en situaciones estresantes, tienen una gran fortaleza para resistir las adversidades de la vida, encuentran el sentido incluso a las experiencias más difíciles, mantienen su equilibrio psicológico y funcionan de un modo normal ante un suceso traumático (Fredrickson, 2001; Tugade & Fredrickson, 2004). La resiliencia surge como concepto de investigación en la psicología positiva, intentando determinar porque algunas personas consiguen aprender de sus experiencias e incluso encontrar beneficios en ellas (Vera et al., 2006). La resiliencia está asociada con una tendencia a percibir los eventos potencialmente estresantes de una forma menos amenazadora (Tugade & Fredrickson, 2004).

El término locus de control se refiere al lugar donde, desde la óptica del propio individuo, se origina la fuerza motivadora que lo lleva a actuar de una manera y determina los acontecimientos de su vida (Durán-Ramos, 2001). La construcción psicológica del locus de control procede de la teoría del aprendizaje social Rotter (1966).

Se denomina “internas” a las personas que perciben que sus acciones, y las consecuencias de éstas, dependen de sus propios recursos y competencias; mientras que las “externas”, en general, perciben sus acciones como resultado de factores externos, como por ejemplo, de otras personas, de la suerte, o un accidente (Kirkcaldy, Petersen, & Hübner, 2002; Kirkcaldy et al., 2002; Muhonen & Torkelson, 2004). Para la psicología organizacional, la diferenciación entre locus interno y externo es importante para explicar cómo los empleados enfocan el trabajo, tanto en sus actitudes como en sus conductas (Judge & Bono, 2001).

Por tanto, el objetivo del presente estudio fue analizar las relaciones entre la valoración/percepción como presión o como reto de los potenciales estresores y características de personalidad: el optimismo, la resiliencia y el locus de control.

## Método

### Participantes

Participaron 117 profesores de nivel medio superior y superior de la ciudad de Mérida, Yucatán, México: de los cuales 48 son hombres y 69 son mujeres. Cuentan con una media de edad de 41.37 años. Con respecto al estado civil, el 47% de la muestra es soltera y el 53% es casada. En lo referente al nivel de estudios, el 23.9% tiene estudios de licenciatura, el 64.1% tiene estudios de maestría, el 3.4% posee el título de doctor.

### Instrumentos

Presión y Reto. Se utilizó una escala basada en el *Pressures Management Indicator* (PMI), compuesta por 21 ítems. Los ítems describen situaciones que pueden ser tanto fuentes de presión como de reto, por lo que se les pidió a los participantes que las calificaran según el grado de presión y el grado de reto que cada una de ellas representa. La escala de respuesta es tipo Likert con seis puntos de anclaje para presión, desde 1 (“Con toda evidencia no es una fuente de presión”) a 6 (“Con toda evidencia es una fuente de presión”); para reto, desde 1 (“Con

toda evidencia no es una fuente de oportunidad/reto”) a 6 (“Con toda evidencia es una fuente de oportunidad/reto”).

La carga de trabajo se operacionalizó con una escala formada por 5 ítems. Un ejemplo de ítem es “Tener que trabajar muchas horas al día”.

La responsabilidad personal se utilizó con una escala formada por 4 ítems. Un ejemplo de ítem es “Tener que asumir riesgos”.

Las relaciones en el trabajo se midieron con una escala formada por 7 ítems. Un ejemplo de ítem es “La falta de comunicación en el trabajo”.

El equilibrio casa/trabajo se calificó con una escala formada por 5 ítems. Un ejemplo de ítem es “La vida familiar con una pareja que también intenta desarrollarse profesionalmente”.

Optimismo. Se utilizó la escala *Life Orientation Test (LOT)- Reduced*. Se trata de una versión reducida de 6 ítems. A los participantes se les indicó que dijeran en qué medida estaban de acuerdo con 8 frases acerca del trabajo y el empleo. Algunos ejemplos de ítems de esta escala son: “En tiempos de incertidumbre, generalmente pienso que me va a ocurrir lo mejor”, “Siempre soy optimista en cuanto al futuro”. La escala de respuesta es tipo Likert con cuatro puntos de anclaje, desde 1 (“Totalmente en desacuerdo”) a 4 (“Totalmente de acuerdo”). Los ítems 2, 4 y 5 fueron invertidos de forma que una puntuación alta indica mayor optimismo.

Resiliencia. Esta variable se midió con una versión reducida de 10 ítems de la *Ego-Resiliency Scale (ER-89)* (Block & Kremen, 1996). La escala de respuesta es tipo Likert con 4 puntos de anclaje, desde 1 (“Totalmente en desacuerdo”) a 4 (“Totalmente de acuerdo”); de esta forma, una mayor puntuación indica un mayor grado de resiliencia.

Locus de Control. Se utilizó una escala unidimensional del locus de control adaptada a situaciones laborales. Se trata de una versión reducida de 8 ítems de la *Work Locus de Control*.

Se midió con la *Work Locus of Control Scale* (Spector, 2002). A los participantes se les indicó que dijeran en qué medida estaban de acuerdo con 8 frases acerca del trabajo y el empleo. Algunos ejemplos de ítems de esta escala son: “Un trabajo es lo que tú haces que sea”, “Lograr el trabajo que quieres es en gran medida cuestión de suerte”. La escala de respuesta es tipo Likert con seis puntos de anclaje, desde 1 (“Completamente en desacuerdo”) a 6 (“Completamente de acuerdo”). Los ítems 2, 3, 4 y 6 fueron invertidos de forma que una puntuación baja indica un locus de control externo, mientras que una puntuación alta indica un locus de control interno.

## Procedimiento

El diseño de investigación de este proyecto se realizó de acuerdo a cada una de los objetivos y metas. La selección de la muestra se realizó mediante un muestreo de extracción aleatoria simple de los centros participantes a partir de un listado con el total de los mismos. El tiempo promedio de la aplicación de este instrumento osciló en torno a los 30 minutos.

## Resultados

La tabla 1 contiene los estadísticos descriptivos y la consistencia interna (alfa de Cronbach) de las variables del estudio.

Los coeficientes alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) de cada subescala se presentan en la tabla 1, junto con las medias y las desviaciones estándar. Los índices a oscilan entre .22 y .82 (tabla 1).

Como se observa en la tabla 1, con respecto a las variables de personalidad, podemos observar que los profesores son más resilientes que optimistas y que, en general, su locus de control es interno (rebasó la media teórica que indica que a mayor puntuación se tiene un locus de control interno).

De acuerdo a los datos observados la responsabilidad personal es la dimensión de estrés laboral que más se percibe como reto; mientras que las Relaciones en el Trabajo es la dimensión de estrés laboral que se percibe como una presión (ver tabla 1).

La tabla 2 contiene las correlaciones entre las dimensiones del estrés laboral percibido como reto y las variables de personalidad: optimismo (1), resiliencia (2) y locus de control (3). Las correlaciones encontradas son significativas en los niveles de  $*p \leq .05$   $**p \leq .01$ .

Se puede observar que la variable optimismo correlaciona positivamente con la dimensión responsabilidad personal percibida como reto con un nivel de significancia al .01; lo que sugiere que cuanto mayor sean las expectativas positivas de los profesores, mayor reto representan las responsabilidades en el trabajo (ver tabla 2).

También es posible observar que la variable resiliencia correlaciona positivamente con la dimensión relaciones en el trabajo percibida como reto con un nivel de significancia al .05; lo que sugiere que establecer y mantener las relaciones en el trabajo a los profesores les significa un estrés laboral positivo (ver tabla 2).

Tabla 1

*Medias, Desviaciones y la consistencia interna (alfa de Cronbach) de las variables de estudio*

	<b>M</b>	<b>DT</b>	<b><math>\alpha</math></b>
Optimismo	3.17	.518	.22
Resiliencia	3.33	.425	.77
Locus	3.12	.603	.53
Retocarga	3.67	1.03	.54
Retorelaciones	3.82	1.05	.69
Retoresponsab	4.45	1.19	.74
Retocasatrab	3.61	1.33	.71
Prescarga	3.62	1.28	.74
Presrelaciones	3.91	1.24	.82
Presresponsab	3.59	1.40	.80
Prescasatrab	3.19	1.32	.72

Tabla 2

*Correlaciones entre el Estrés Laboral percibido como Reto y el Optimismo<sup>(1)</sup>, la Resiliencia<sup>(2)</sup> y el Locus de Control<sup>(3)</sup>*

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
4.RetoCarga	.017	.179	.043
5.RetoRelaciones	.139	<b>.198*</b>	.043
6.RetoResponsabilidad	<b>.299**</b>	.165	.025
7.RetoCasa/Trab.	.111	.015	-.072

\* $p \leq .05$  \*\* $p \leq .01$

La tabla 3 contiene las correlaciones entre las dimensiones del estrés laboral percibido como presión y las variables de personalidad: optimismo (1), resiliencia (2) y locus de control (3). Las correlaciones encontradas son significativas en los niveles de \* $p \leq .05$  \*\* $p \leq .01$

Se puede observar que la variable optimismo correlaciona negativamente con las dimensiones carga de trabajo y balance casa/trabajo percibidas como presión al .05 de nivel de significancia; lo que demuestra que los profesores, cuando no esperan resultados positivos ante la carga de trabajo y equilibrar sus tiempos y roles entre este y la familia, les significa un estrés laboral negativo (ver tabla 3).

Cabe hacer hincapié que la dimensión responsabilidad personal es percibida como reto y correlaciona positivamente (con un nivel de significancia al .01) y como presión correlaciona negativamente (con un nivel de significancia al .05) con la variable optimismo; sin embargo, el puntaje es más alto cuando es percibida como reto (ver tabla 2).

Por otro lado, la variable locus de control correlaciona negativamente con las dimensiones relaciones en el trabajo (con un nivel de significancia al .01) y el equilibrio entre el trabajo y el hogar percibidas como presión (con un nivel de significancia al .05) lo que sugiere que los profesores, con un menor locus de control (o externo), tienden a percibir negativamente

las relaciones en el trabajo y el justo equilibrio entre los tiempos y roles entre la familia y el trabajo. La variable resiliencia no correlaciona significativamente con ninguna de las dimensiones de estrés laboral percibido como presión (ver tabla 3).

## Discusión

El análisis de la literatura sobre el proceso del estrés laboral demuestra estar dominada por un enfoque tradicional, centrado en lo patológico, de “enfermedad” o “daño”. La mayoría de las investigaciones se han centrado en estudiarlo como un fenómeno negativo (distrés) que afecta a la salud y repercute en el bienestar de las personas. Sin embargo, actualmente surgen nuevas alternativas para el estudio del mismo, éstas tratan de ver el lado positivo del estrés, con la finalidad de entender la psicología y la salud mental (Vera, 2006).

Por lo anterior, el objetivo del presente estudio fue analizar las relaciones existentes entre la valoración/percepción, como presión o como reto de los potenciales estresores y características de personalidad: el optimismo, la resiliencia y el locus de control.

Se ha mencionado que las personas que poseen altos niveles de esperanza están relacionados con un mejor desempeño académico y deportivo, así como en los

Tabla 3

*Correlaciones entre el Estrés Laboral percibido como Presión y el Optimismo<sup>(1)</sup>, la Resiliencia<sup>(2)</sup> y el Locus de Control<sup>(3)</sup>*

	1	2	3
4.PresiónCarga	<b>-.204*</b>	-.092	-.082
5.PresiónRelaciones	-.133	-.036	<b>-.271**</b>
6.PresiónResponsabilidad	<b>-.187*</b>	-.093	-.151
7.PresiónCasa/Trab.	<b>-.226*</b>	-.013	<b>-.194*</b>

\* $p \leq .05$  \*\* $p \leq .01$

resultados de procesos terapéuticos y la salud física (López, 2005). Lo anterior apoya los resultados del presente estudio; puesto que, los profesores con mayor optimismo tienden a percibir las diversas situaciones (dimensiones) de trabajo y particularmente la responsabilidad personal como un reto; los menos optimistas perciben como presión la carga de trabajo y el balance entre los tiempos y roles del trabajo y el hogar.

Asimismo, la resiliencia está asociada con una tendencia a percibir los eventos potencialmente estresantes de una forma menos amenazadora (Tugade & Fredrickson, 2004) es probablemente lo argumentado por estos autores. En este estudio los profesores con mayor resiliencia perciben como un reto las relaciones en el trabajo en donde son determinantes los procesos de comunicación, el sentirse valorado y enfrentar la situación de discriminación o favoritismo.

Con respecto al locus de control, los profesores con un locus interno perciben como un reto las relaciones en el trabajo y el equilibrio entre los tiempos, roles entre la casa y el trabajo. Lo anterior, es congruente con lo encontrado por algunos autores; las personas con un locus de control interno tienen menos probabilidad de sufrir los efectos adversos del estrés. Esto contrasta con las personas con un locus de control externo que experimentan altos niveles de estrés, con secuelas negativas para la satisfacción en el trabajo, la salud física y mental (Kirkcaldy et al., 2002; Spector, 2002).

El presente estudio muestra ciertas limitaciones. El uso exclusivo de medidas de autoinforme que plantea el problema de la varianza común del método; es decir, la varianza atribuible al procedimiento de medida más que a las variables consideradas. Por otro lado, está el número de participantes, por lo que se sugiere que la exploración para futuras investigaciones se realice con muestras de mayor tamaño.

Finalmente, los hallazgos obtenidos en el presente trabajo suponen un avance en la clarificación de las interrelaciones entre las distintas valoraciones/percepciones del estrés laboral (positivas y negativas) y características de la personalidad.

## Referencias

- Ambrós, V. (2008). *El pesimismo se aprende y el optimismo también*. Recuperado de <http://destres.wordpress.com/tag/el-optimismo-se-aprende/>
- Asún, D., Molina, D., & Real, C. (2002). *Burnout en educación*. Recuperado de <http://www.educarchile.cl/Portal.Base/Web/VerContenido.aspx?ID=74768>
- Block, J., & Kremen, A. (1996). IQ and ego-resiliency: conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(2), 349-361.
- De Frutos, J., González, P., Maillo, A., Peña, J., & Riesco, M. (2007). Condiciones de trabajo y Satisfacción Laboral de los docentes en las escuelas católicas de Madrid. *Educación y Futuro*, 17, 9-42.
- Duran-Ramos, T. (2001). El constructo locus de control en la toma de decisiones educativas. *Paedagogium*, 1(3), 8-11.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56, 218-226.
- Glazer, S., Stetz, T. A., & Izso, L. (2004). Effects of personality on subjective job stress: A cultural analysis. *Personality and Individual Differences*, 37, 645-658.
- Judge, T. A. & Bono, J. E. (2001). Relationship of core self-evaluations traits—self-esteem, generalized self efficacy, locus of control, and emotional stability—with job satisfaction and job performance: A meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 86, 80–92.
- Kirkcaldy, B. D., Shepard, R. J., & Furnham, A. F. (2002). The influence of type A behaviour and locus of control upon job satisfaction and occupational health. *Personality and Individual Differences*, 33, 1361-1371.
- Kirkcaldy, B. D., Petersen, L., & Hübner, G. (2002). A comparison of occupational stress, physical and psychological well-being and coping among managers from west and the former east Germany. *European Psychologist*, 7(1), 53-62.
- Le Ferve, M., Matheny, J., & Kolt, G. S. (2003). Eustress, distress and interpretation in occupational stress. *Journal of Managerial Psychology*, 18(7), 726-744.
- López, D. (2005). *Estrés, cómo entenderlo, entenderse y vencerlo*. 4° ed. Argentina: Lumen.
- Martínez-Correa, A., Reyes, G. A., García-León, A., & González-Jareño, M. I. (2006). Optimismo/pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento y estrategias de afrontamiento. *Psicothema*, 18(1), 66-72.
- Maruta, T., Colligan, R.C., Malinchoc, M., & Offord, K.P. (2000). *Optimists vs. pessimists: Survival rate among medical patients over a 30-year period*. *Mayo Clinic Proceedings*, 75, 140-143.
- Mingote, J. C., & Pérez, S. (2003). *Estrés en la enfermería. El cuidado del cuidador*. Madrid: Díaz de Santos.
- Muhonen, T. & Torkelson, E. (2004). Work locus of control and its relationship to health and job satisfaction from a gender perspective. *Stress and Health: Journal of the International Society for de Investigation of Stress*, 20, 21-8.
- Peiró, J. M. (2000). *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid: Pirámide.
- Peiró, J. M. (2001). El estrés laboral: una perspectiva laboral y colectiva. *Prevención, Trabajo y Salud*, 13, 18-38.
- Peiró, J. M. (2008). Stress and coping at work. New research trends and their implications for practice. In K. Nâswall, J. Hellgren & M. Sverke (Eds.), *The individual in the changing working life* (pp. 284-310). United Kingdom: Cambridge University Press.

- Rotter, J. B. (1996). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80 (Whole No. 609, 1).
- Ryff, C., & Singer, B. H. (2003). *Emotion, social relationships and health*. New York: Oxford University Press.
- Salanova, M. (2003). Trabajando con tecnologías y afrontando el tecnoestrés: el rol de las creencias de eficacia. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 19, 225-247.
- Salanova, M., Martínez, I., & Lorens, S. (2005). Psicología organizacional positiva. En F. J. Palací (coord.). *Psicología de la organización* (pp.349-376). Madrid: Pearson- Prentice Hall.
- Selamé, T. (1998). Condiciones de trabajo y salud ocupacional de la región Metropolitana. *Mujer y Trabajo*, 2.
- Seligman M. E. P. & Csikszentmihalyi, M (2000). Positive Psychology. *American Psychologist*, 55, 1-14.
- Selye, H. (1950). *Stress*. Montreal: Acta In.
- Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery and self-esteem): a reevaluation of Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1.063-1.078.
- Siegel, K. & Schrimshaw, E. W. (2000). Perceiving benefits in adversity: Stress-related growth in women living with HIV/AIDS. *Social Science & Medicine*, 51, 1543-1554.
- Simmons, B. L., & Nelson, D. L. (2007). Eustress at work : Extending the holistic stress model. In B. L. Simmons & D. L Nelson (Eds.), *Positive organizational behavior* (pp. 41-53). India: Sage.
- Spector, P. E. (2002). Employee control and occupational stress. *Current Directions in Psychological Science*, 11(4), 133.
- Tugade, M. M. & Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86(2), 320-333.
- Vera, B. (2006). Psicología positiva: Una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 3-8.
- Vera, B., Carbelo, B., & Vecina, M. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del psicólogo*, 27, 40-49.
- Williams, S. & Cooper, C. L. (2004). *Manejo del estrés en el trabajo*. México: Manual Moderno.



# **Factores psicosociales asociados a la ideación suicida y el parasuicidio en adolescentes**

Psychosocial factors associated to suicidal ideation and parasuicidal behavior in adolescents

---

Blanca S. Fraijo Sing  
Nehemías Cuamba Osorio  
Víctor Corral Verdugo  
César Tapia Fonllem  
Martha Montiel Carbajal  
Universidad de Sonora

## **Resumen**

El objetivo del presente trabajo fue probar un modelo psicosocial explicativo del comportamiento suicida (estudiado como ideación suicida y conducta parasuicida) en adolescentes. Se utilizó una muestra de 102 adolescentes separados en dos grupos, un grupo con 51 adolescentes identificados con comportamiento suicida que recibían atención en un centro psicoterapéutico de adolescentes; y uno control del mismo número de participantes de la población de Hermosillo, Sonora. Se les aplicó una batería de pruebas para medir factores sociales y psicológicos, obteniendo también variables sociodemográficas. Se probó un modelo de ecuaciones estructurales donde la variable dependiente fue el comportamiento suicida, y las independientes los factores sociales y psicológicos. En los resultados se identificaron 7 factores, 3 de ellos (el maltrato infantil, la comunicación familiar y el rechazo parental) afectaron de forma indirecta a la variable dependiente, a través de un agregado de variables psicológicas individuales que incluía depresión, ansiedad, baja autoestima y el déficit en habilidades de afrontamiento. Este agregado afectó a la variable dependiente sólo en su faceta de ideación suicida, la cual influyó en las conductas parasuicidas. Se concluye que el presente trabajo ofrece una aproximación a la búsqueda de explicaciones al fenómeno de la conducta suicida. Aunque las explicaciones por necesidad deben incluir factores multi-causales, en nuestro modelo los factores familiares e individuales se presentan como los más importantes. Se discuten las posibles implicaciones para el trabajo preventivo de este fenómeno en adolescentes.

*Palabras clave:* Ideación Suicida, Parasuicidio, Adolescencia, Disfunción Familiar, Disfunción Individual.

---

### Nota del Autor:

Blanca S. Fraijo Sing, Departamento de Psicología, Universidad de Sonora; Nehemías Cuamba Osorio, Departamento de Psicología, Universidad de Sonora, Unidad Regional Norte; Víctor Corral Verdugo, Departamento de Psicología, Universidad de Sonora; César Tapia Fonllem, Departamento de Psicología, Universidad de Sonora; Martha Montiel Carbajal, Departamento de Psicología, Universidad de Sonora.

La correspondencia en relación con este artículo debe dirigirse a Blanca S. Fraijo Sing, Departamento de Psicología, Universidad de Sonora, Blvd. Encinas y Rosales, s/n, Col. Centro, C.P. 83000, Hermosillo, Sonora, México.

Correo electrónico: bfraijo@sociales.uson.mx

## Abstract

This study was aimed at testing an explanatory psychosocial model of suicidal behavior (indicated by suicidal ideation and parasuicidal conduct) in teenagers. The sample was formed by one hundred and two teenagers divided into two groups, one with fifty-one teenagers that had engaged in suicidal behavior and who were currently attending at a psychotherapeutic center. A group was formed with the same number of subjects from Hermosillo, Sonora, Mexico. A battery of instruments was administered to assess social and psychological factors as well as sociodemographic variables. A structural equation model was specified and tested including suicidal behavior as dependent variable, and social and psychological factors as independent ones. Seven factors were identified; three of them (child abuse, family communication, and parental rejection) affected the dependent variable indirectly, through a set of individual psychological variables that included depression, anxiety, low self-esteem, and lack of coping skills. This set affected the dependent variable only in its suicidal ideation facet, which in turn influenced parasuicidal conduct. These findings offer an approach to the search of the determinants of suicidal behavior. Although these determinants include multicausal factors, in our model, individual and family factors are presented as the most important ones. The implications for possible preventive strategies regarding this phenomenon are also addressed

*Keywords:* Suicidal Ideation, Parasuicidal conduct, Teenagers, Family Dysfunction, Individual Dysfunction.

El comportamiento suicida es un fenómeno multifactorial con tendencia epidemiológica mundial ascendente, y considerado como un problema relevante de salud pública (Gunnell, 2002). La OMS (2009) estimó que en el año 2000, cerca de 1 millón de personas murieron por esta causa, de las cuales 100,000 fueron adolescentes y se consideró que, de continuar esta tendencia, más de 1.5 millones de personas al año morirán por este problema (Bertolote & Fleischmann, 2002).

Desjarlais Eisenberg, Byron y Kleinman (1995) plantean que el suicidio se encuentra entre las primeras causas de muerte en los países que mantienen su registro estadístico. Es necesario considerar el sub-registro, debido a las dificultades legales y éticas que conlleva el registro oficial y que éste sólo se enfoca en el suicidio consumado, dejando de lado otros tipos de comportamiento suicida (González-Forteza, Mariño, Rojas, Mondragón, & Medina-Mora, 1998).

En niños y adolescentes existe una tendencia a desvalorizar su ocurrencia, lo cual se traduce en registros estadísticos que no reflejan la magnitud real del problema (Mardomingo, 1998; Montenegro & Guajardo, 2000; Marquet, 2008).

Pese a esto, se ha observado un incremento en la prevalencia del fenómeno en esta etapa de la vida (OPS, 1998; Larraguibel, Martínez, Valenzuela, González, & Schiattino, 2001) y se puede considerar como un problema de salud pública debido a la alta demanda de recursos profesionales y financieros que representa para los sistemas de salud (Huey, Henggeler, & Rowland, 2004; Palacios, Barrera, Ordoñez, & Peña, 2007). La ausencia de criterios estandarizados para recolectar la información y de programas de vigilancia epidemiológica sobre el suicidio hacen más difícil su conocimiento y registro (González-Forteza et al, 1998), lo cual incide de forma negativa en su prevención y tratamiento, lo mismo que en la capacidad para medir su impacto en la sociedad.

## Comportamiento Suicida

En 1897, Durkheim realizó la primera investigación sociológica de esta situación; definió al suicidio en términos de un acto personal, propositivo y consciente, mediante el cual el sujeto que lo realiza busca terminar con su vida (Durkheim, 1897). A partir de esta conceptualización se generó un cambio en la perspectiva del evento, se le otorgó importancia a los elementos

contextuales que rodean al individuo y se comenzaron a atender los motivos subyacentes. Con esto, se sentaron las bases para que el problema fuera abordado e investigado desde distintos enfoques, considerándolo como un fenómeno complejo que incluye factores neurobiológicos (Guiao & Esparza, 1995; Harris & Lennings, 1995), familiares, (Steinhaussen & Winckler, 2004; Cubillas et al., 2006), genéticos (Stefulj et al., 2004), psicológicos (Andrade, Betancourt, & Camacho Valladares, 2003), sociales (Durkheim, 1897), culturales (Leslie, Stein, & Rotheram-Borus, 2002) y otros aún en estudio.

Además se observó que estos comportamientos tienen un curso más o menos definido, con diferentes instancias y categorías de análisis; abarcan comportamientos que van desde la ideación suicida a las conductas auto-lesivas, pasando por el intento suicida y terminando en el acto consumado (Fernández, 2002).

Es necesario hacer una diferencia entre el comportamiento suicida y el suicidio consumado. Para la OMS (2009) el comportamiento suicida es toda acción con la que el individuo se causa daño a sí mismo, independientemente del grado de letalidad del acto y de que se conozcan o no los motivos subyacentes; por lo que, cuando se hace referencia al comportamiento suicida, no sólo se trata de la conducta consumada, sino también forman parte: el intento suicida, la ideación suicida y las conductas auto-lesivas (Durkheim, 1897; Diekstra 1985; Arlaes, Hernández, Álvarez, & Cañizarez, 1997).

Casullo (2002) afirma que este problema abarca conductas que incluyen, desde gestos e intentos manipuladores hasta intentos fallidos de terminar con la propia vida, haciendo referencia a comportamientos deliberados sin intención de finalizar en la muerte pero que provocan daños en el sujeto. El suicidio consumado no es más que un elemento de todo un proceso; la culminación de una serie de comportamientos encadenados, llevados a cabo en función de la ideación de la persona y de su intencionalidad suicida (Bobes, 2004).

Otro aspecto importante de resaltar, al momento de definir el comportamiento suicida, es su independencia frente al objetivo de conseguir la muerte, lo cual quiere decir que no importa si el individuo consigue quitarse la vida o no, ni tampoco la letalidad del método utilizado para realizarlo. Castañeda (2003) afirma que en ocasiones la conducta suicida no tiene como objetivo causar la muerte, sino más bien se constituye en un medio de comunicación o expresión de emociones o sentimientos como rabia, cólera o frustración ante situaciones conflictivas. En otras instancias los objetivos son llamar la atención, acabar con el sufrimiento o vengarse de alguna figura de autoridad (González-Forteza et al, 2002).

De igual forma, en los comportamientos suicidas es necesario diferenciar aquellas conductas mortales de las no mortales, de acuerdo con el resultado de las mismas (OPS, 1998). Las conductas suicidas no mortales han sido llamadas parasuicidas e implican comportamientos aparentemente dirigidos a quitarse la vida, pero que se encuentran motivados por una intención manipuladora, o en ocasiones de placer. Pese a ello, estas conductas pueden causar daños significativos en el ejecutante.

Mack (1986), tratando de explicar este fenómeno, desarrolla un modelo con base en el estudio del suicidio consumado en jóvenes, el cual llamó "Modelo Arquitectónico" y consta de varios elementos:

1. Macrocosmos: la influencia que ejercen la cultura, la actividad económica, los factores sociopolíticos y el sistema educativo.
2. Vulnerabilidad biológica y los factores genéticos.
3. Experiencias tempranas que tienen influencia sobre etapas iniciales del desarrollo. En ellas la familia tiene un peso predominante.
4. La organización de la personalidad y la autoestima.

5. Las relaciones del individuo, que incluye su relación con los padres, su aceptación o rechazo, el grado de separación, identificaciones, lazos con otros adultos y relaciones con los amigos.
6. La psicopatología, que establece la existencia de cuadros depresivos y alcoholismo.
7. La ontogenia en la relación existente entre el desarrollo y la muerte.
8. Las circunstancias vitales como factores precipitantes, tanto biológicos como socio-familiares.

### **Factores de riesgo implícitos**

Frente a los factores de riesgo implícitos, Arlaes, Hernández, Alvarez y Cañizarez (1997) afirman que el suicidio, como hecho de causa multifactorial (biológica, psicológica, social y la interacción entre variables), evidencia las fallas en el mecanismo de adaptación del sujeto. Para Fernández (2002), los factores de riesgo constituyen situaciones, condiciones o eventos que en conjunto pueden aumentar la probabilidad de que una persona emita conductas voluntarias y conscientes dirigidas a causarse la muerte. La identificación y análisis de esos factores permite predecir hasta cierto punto los posibles comportamientos suicidas de un individuo, lo cual es básico para el diseño e instrumentación de estrategias de intervención.

Se puede establecer que el comportamiento suicida no es una conducta aleatoria y, desde sus primeras descripciones científicas, se observó la posibilidad de predecirlo. Por lo tanto, conocer los factores implícitos es de gran importancia para evaluar adecuadamente el riesgo en una persona. Es importante resaltar la naturaleza de los factores individuales frente a la presentación de la conducta suicida; por lo que, para algunas personas, un factor determinado es un elemento de riesgo; mientras que, para otros, puede no representar problema alguno (García de Jalón & Peralta, 2002).

Nrugham, Larsson y Sund (2008) realizaron un estudio longitudinal con estudiantes noruegos cuya media de edad fue de 13.7 años y que padecían niveles altos de depresión; se hizo seguimiento al año y 5 años respectivamente. Los resultados mostraron que esta patología, en edades tempranas, es predictora de comportamientos suicidas entre los 15 y 20 años.

Reinherz, Tanner, Berger, Beardslee y Fitzmaurice (2006) investigaron en una población caucásica la presencia de estos comportamientos; destacaron una fuerte relación entre ideación suicida a los 15 años y mayores tasas de depresión, ideación suicida y problemas de comportamiento, e ideación suicida y de capacidades bajas de afrontamiento. Los jóvenes con ideación suicida a la edad de 15 años presentaron menor nivel de autoestima, menor capacidad para hacer frente a situaciones difíciles y mayor necesidad de apoyo social. Sean, Baser, Breeden, Neighbors y Jackson (2006) observaron estos comportamientos en la población afroamericana joven e informaron una prevalencia de 11.7% para la ideación suicida. De este porcentaje, el 34.6% había realizado un plan y el 21% llevó a cabo un intento no planificado.

Hardt et al. (2008) en Canadá, observaron la presencia de factores como la separación de padres, la violencia doméstica en la infancia, como predictores de la presencia de conductas suicidas en una muestra de 575 adolescentes. En un estudio longitudinal hecho en Grecia, en el periodo 1998 a 2008, Vougiouklakis, Tsiligianni y Vassiliki (2009) trabajaron en individuos menores de 24 años; encontraron que en ese país la tasa de comportamientos suicidas era menor al de la media resto de Europa; llegaron a la conclusión de que el estilo de vida en Grecia es más tradicional y las familias presentan mayor cohesión que en el resto del continente. Otro estudio realizado en Suecia, encontró que las características de la familia del adolescente es un factor tanto de riesgo como protección para la presencia de estos comportamientos (Mittendorfer-Rutz, Wasserman, & Rasmussen, 2008).

En Corea del Sur, se identificaron 5 factores de riesgo en la presencia de comportamiento suicida en adolescentes de 13 a 18 años; entre los que se encontraban la pobre relación con los padres y la depresión en los padres, además de encontrar una menor tasa de intentos de suicidio en adolescentes que pertenecen a grupos de delincuencia o pandillas a razón de grupos de estudiantes que no pertenecen a estos grupos (Soo Kim & Sil Kim, 2008).

Compton, Thompson y Kaslow (2005) encontraron en una muestra de afroamericanos una relación entre la disfunción familiar, la depresión y la presencia de comportamientos suicidas. González - Forteza et al. (2002) encontraron que la prevalencia en la ideación suicida está relacionada a la mala comunicación entre padres e hijos; a su vez, otro factor presente es el bajo nivel de autoestima y estrategias de afrontamiento agresivas. Con un mayor riesgo de presencia de comportamiento en adolescentes impulsivos.

Barcelata, Duran y Lucio (2004) encontraron factores como el nivel de autoestima del adolescente y su relación con los padres como factores de riesgo, encontrando mayor prevalencia en el género masculino que en el femenino. Andrade, Betancourt y Camacho Valladares (2003) y Palacios, Barrera, Ordoñez y Peña (2007) manejaron factores más allá de la depresión, como el desamparo aprendido, procesos de duelo no resueltos y una falta de habilidades de afrontamiento como factores de riesgo; además, algunas investigaciones relacionadas con factores de tipo escolar (Palacios et al., 2007).

Valero (2008) señala un aumento preocupante en México de intentos de suicidio y suicidios en niños y adolescentes, expresando que en cerca del 49% de los casos se desconoce la causa. Asimismo, relaciona perturbaciones emocionales, tales como la depresión y ansiedad, con este fenómeno.

En relación a la depresión y ansiedad es importante destacar que la co-morbilidad de ambos trastornos multiplica el riesgo (Gutiérrez & Contreras, 2006). Saucedo-García, Lara-Muñoz y

Focil-Marquez (2006) hicieron una comparación entre los factores de riesgo depresión e impulsividad, encontrando que la depresión es un factor de riesgo mayor que la impulsividad; además, los problemas familiares también estuvieron presentes. Rivera y Andrade (2006) trataron de identificar factores de protección en los adolescentes y encontraron el manejo de las emociones y el apoyo grupal como principales factores de protección.

Durkheim (1897) afirmó que este tipo de comportamiento refleja la relación de la persona consigo misma y con su comunidad. Por lo tanto, para entender las causas individuales del suicidio, se recurre al contexto social del individuo, el cual influye en sus actitudes con relación a su concepto de vida y muerte. Uno de los contextos sociales determinantes es el de la dinámica familiar y éste puede incluir el rechazo parental, los problemas de comunicación y la presencia de maltrato infantil, como factores influyentes (Monge, Cubillas, Román, & Abril, 2007) que producen repercusiones en el plano individual o psicológico (Dwayri, 2011).

Por lo anterior, se observa que se han realizado distintos estudios, tanto a nivel internacional como en el país, para conocer su prevalencia, factores de riesgo y variables asociadas; sin embargo, se requiere de investigación sistemática en todos los ámbitos para mejorar el conocimiento del fenómeno y para instrumentar estrategias eficaces de prevención (Ruiz, Navarro, Torrente, & Rodríguez González, 2005). Por otra parte, la mayor parte de los datos epidemiológicos frecuentemente derivan de encuestas retrospectivas, que consisten en preguntar al sujeto si ha cometido determinado comportamiento suicida, lo cual contiene un sesgo de memoria y el factor disposición del encuestado a proveer la información. Aun así, las investigaciones realizadas permiten contar con un perfil del adolescente con este tipo de conductas (González-Forteza et al., 2002). Lo anterior, hace necesario dar un paso adicional para determinar los factores psicosociales de riesgo del adolescente, partiendo de la identificación y evaluación en una población que ya cuenta con antecedentes de este tipo de comportamientos, la cual es atendida en su problemática, para

generar un modelo explicativo de la conducta suicida en adolescentes. De tal forma, que se podrían generar estrategias preventivas y de intervención, no sólo considerando a los adolescentes, sino también a los niños. Por lo anteriormente expuesto, el objetivo del presente estudio fue generar un modelo explicativo del comportamiento suicida a partir de una muestra que presenta conductas relacionadas con el mismo.

## Método

### Participantes

La muestra estudiada está compuesta por 102 adolescentes divididos en dos grupos, de igual número de participantes ( $n = 51$ ). Para el grupo de ideación suicida se utilizó una muestra no probabilística por conveniencia, seleccionando todos aquellos casos que fueron atendidos en el centro de adolescentes hasta diciembre de 2010 y se excluyeron todos aquellos que presentaron algún trastorno psicopatológico, retraso mental o adicción a sustancias. Para el grupo control se ajustó la muestra con base en el género y la edad del grupo de casos, el cual se formó por estudiantes de varias escuelas de Hermosillo utilizando como criterio básico de inclusión no haber presentado algún tipo de comportamiento suicida y como exclusión la adicción a sustancias adictivas. La media de edad fue de 15.51 años de edad, con una mínima de 12 y una máxima de 17. El género fue de una razón de 3:1 en relación femenino a masculino, siendo la media de años escolares cursados 9.69; en ambos grupos no se encontró diferencia en relación a las actividades rea-lizadas, el 94.2 por ciento de los adolescentes del grupo casos estudiaban y/o trabajaban y el 98 por ciento de los adolescentes del grupo control presentaban las mismas actividades. El grupo control presentó una mayor prevalencia de presencia del padre (92.4%) que el grupo de casos (82.4%); en relación a la presencia de la madre no hubo diferencia, el 72.5% del grupo de casos pertenecía a familias nucleares con ambos padres, con poca diferencia del grupo control (76.5%).

### Instrumento de Medición

El instrumento que se utilizó en esta fase fue estructurado con base en las variables que presentó el perfil psicosocial del adolescente atendido en el centro.

Para los factores sociales se utilizaron dos escalas: para las variables referentes a la percepción del joven en relación a la dinámica familiar, se utilizó la escala elaborada en México por Villatoro, Andrade-Palos, Fleiz, Medina-Mora y Reyes (1997), la cual analiza el grado de percepción del adolescente en cuanto a la comunicación, apoyo y rechazo en relación con sus padres, los indicadores de confiabilidad reportan un Alfa de Cronbach de 0.70 para cada una de las áreas en población mexicana. Para medir los aspectos relacionados al maltrato infantil se utilizó la escala de tácticas de conflictos de Strauss, Hamby, Finkelhor, Moore y Runyan (1998), los reactivos miden la frecuencia de cómo los jóvenes percibieron alguna especie de maltrato de parte de sus padres en una escala de cero (Nunca) a seis (más de 20 veces en la semana), Strauss reportó un alfa de Cronbach de .79 en relación a la confiabilidad.

En relación a los factores psicológicos individuales se integraron las siguientes escalas: para la variable depresión se utilizó la escala del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) de Radloff (1977), en la versión adaptada para adolescentes (Roberts, 1980) se pide al estudiante que mencione el número de días que experimentó cada uno de los síntomas especificados durante la semana pasada. El formato de respuesta es tipo Likert, en donde "0" = ningún día de la semana pasada, "1" = a 1 ó 2 días, "2" = 3 ó 4 días y "3" = a entre 5 y 7 días de la semana anterior a la aplicación del cuestionario, de este modo, a mayor puntaje, mayor sintomatología depresiva; la escala a presentado un alto nivel de confiabilidad en adolescentes mexicanos (Alfa de .88) (González-Forteza, Ramos, Marino, & Peña, 2001).

Para la variable autoestima se incluyó la escala de Rosenberg (1965), la cual ha sido validada y revalidada para estudiantes mexicanos de secundaria y bachillerato por González-Forteza, Andrade y Jiménez (1997) presentando un alfa de .90 en relación a la confiabilidad.

En relación a las habilidades de afrontamiento y solución de problemas en los adolescentes se utilizó la escala de afrontamiento para adolescentes de Frydenberg y Lewis (1978). La escala es un inventario de auto-informe que permite evaluar confiabilidad de 18 estrategias diferentes y está compuesta de tres factores: resolución de problemas, ignorar el problema y afrontamiento improductivo. El formato de respuesta es tipo Likert, en donde “1” es igual a nunca lo hago, al “5” igual a lo hago con mucha frecuencia, la confiabilidad presenta en Latinoamérica un alfa de .89.

Se utilizó también la segunda parte del inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (Spielberg, Gorsuch, & Lushene, 1982) la cual consiste en una escala tipo Likert que mide en términos generales el estado de ansiedad que presenta el adolescente con los puntaje “1 igual a casi nunca, “2” igual a algo, “3” igual a menudo, la confiabilidad quedó demostrada con un alfa de 0.70 en sus reactivos, aplicados a Latinoamérica. Para la variable impulsividad se utilizó la escala F del cuestionario 16 PF de Cattell, Eber y Tatsuoka (1965), de los cuales se extrajeron cinco reactivos que mostraron en esta investigación una alta confiabilidad.

Con respecto a la variable dependiente, ésta consideró, por un lado, la ideación suicida, que se evaluó con cuatro reactivos diseñados por Roberts (1980), acerca del contenido cognoscitivo de pensamientos referidos a la muerte en general y de sí mismo. El intento suicida y las conductas auto – lesivas (parasuicidio) se midieron a través de las preguntas: “Alguna vez ¿te has herido, cortado, intoxicado?” y “¿Qué edad tenías la única o última vez que te hiciste daño a propósito?”; se han utilizado en estudios con población adolescente por González-Forteza, Marino, Rojas, Mondragón y Medina-Mora (1998). Además de las escalas anteriores, se utilizó un cuestionario de datos socio-demográficos para identificar a los participantes.

## Procedimiento

Se recogió información socio-demográfica de la base de datos del centro de tratamiento de adolescentes y se localizaron a los adolescentes del grupo de casos en sus casas. Se les explicó la finalidad del estudio y se presentó una carta de consentimiento informado para solicitar la autorización de ellos y sus padres para aplicar el instrumento, la aplicación duró en promedio 30 minutos. Para la aplicación del grupo de control, se pidió permiso a directores de escuelas preparatorias y secundarias de Hermosillo, y se aplicó a los adolescentes en sus horas libres. Tras administrar los reactivos, se vació la información en una base de datos en SPSS, tras lo que se analizaron los resultados.

## Análisis Estadístico

Los datos se analizaron a través del paquete estadístico SPSS 18 y EQS 6.1. Primeramente se obtuvieron estadísticas univariadas (medias y desviaciones estándar para las variables continuas y frecuencias para las variables categóricas). Posteriormente, se calcularon alfas de Cronbach para estimar la confiabilidad de las escalas utilizadas. También se calculó una matriz de correlaciones entre los promedios de las variables bajo estudio. Con el fin de agrupar las variables para conformar indicadores en el modelo estructural se elaboraron parcelas con los reactivos de las escalas. Se presume la representatividad de la parcela después de que se obtiene la consistencia de la escala, según lo indica el alfa de Cronbach.

Para elaborar el modelo estructural explicativo se especificaron dos factores de orden superior: Disfunción familiar (formado por los factores de primer orden “maltrato infantil”, “comunicación familiar” y “rechazo de los padres”) y Disfunción personal (formado por los constructos de “depresión”, “ansiedad”, “baja auto-estima” y “carencia de habilidades de afrontamiento”). Los factores de primer orden, a su vez, se conformaron por las parcelas previamente elaboradas, lo que aplicó también para los constructos de “ideación suicida” y “parasuicidio”. De acuerdo con el modelo especificado, la disfunción familiar afecta a la disfunción personal, la cual, a su vez, influye en la ideación suicida y ésta repercute en el parasuicidio.

El modelo fue puesto a prueba a través del programa EQS (Bentler, 2006) y la técnica de Modelamiento de Ecuaciones Estructurales (MEE). Para determinar si los datos de la investigación respaldan el modelo a prueba se consideraron los indicadores de bondad de ajuste. La comparación entre el modelo saturado (todas las interrelaciones entre las variables estudiadas) y el modelo teórico (que sólo considera las relaciones que el modelo considera relevantes) se llevó a cabo a través de dos tipos de indicadores: el indicador estadístico que requiere del empleo de la chi cuadrada ( $X^2$ ); y los indicadores prácticos: una serie de estadígrafos derivados de la  $X^2$  que controlan el efecto del número de sujetos sobre la significatividad de la comparación. En este caso se trata de probar que el modelo teórico no es diferente del saturado, por lo que se espera que el valor de la  $X^2$  sea bajo y no significativo; es decir, que su probabilidad asociada sea mayor a .05. Por otro lado, los indicadores prácticos requieren que sus valores se acerquen a 1. El nivel mínimo para considerar el modelo con una adecuada bondad de ajuste es de .90. Los indicadores prácticos que se tomaron en cuenta fueron el Índice Bentler- Bonett de Ajuste No Normado (IANN) y el Índice de Ajuste Comparativo (IAC).

## Resultados

La confiabilidad de los instrumentos utilizados se presenta en la Tabla 1. Las alfas de Cronbach fueron aceptables (Nieva & Sorra, 2003), dado que su valor resultó entre .61, en el caso de la escala de parasuicidio, hasta .93, producido por la escala de auto-estima.

La matriz de correlaciones exhibida en la tabla 2 presenta la asociación encontrada entre el total de las variables del estudio. En ella es posible detectar asociaciones significativas entre las variables personales, así como entre las que constituyen el factor de disfunción familiar. También es posible captar que la ideación suicida y el parasuicidio se encuentran altamente correlacionados y que los factores personales, a la vez de relacionarse con los familiares, se asocian

a la ideación suicida. Esta apreciación preliminar se ve confirmada, de manera sistemática en el modelo de ecuaciones estructurales.

La figura 1 muestra los resultados del modelo estructural. Primeramente se probó la validez del constructo de las variables latentes (disfunción familiar, disfunción personal, ideación suicida, parasuicidio, maltrato infantil, rechazo de los padres, déficit en la comunicación, depresión, ansiedad, baja autoestima y déficit en habilidades de afrontamiento). Este modelo produjo pesos factoriales altos y significativos en todos los indicadores y en los factores, los cuales indican validez convergente (Corral & Figueredo, 1999). Las correlaciones altas y significativas entre los indicadores y su correspondiente factor fueron tomadas como evidencias de validez del constructo de los modelos de medición (Corral, Frías, & González, 2001).

El modelo de ecuaciones estructurales revela que el origen de los comportamientos suicidas se encuentra en el factor de disfunción familiar, representado por el maltrato infantil, el rechazo de los padres y el déficit en la comunicación familiar. Este factor produce una relación directa con el constructo de disfunción individual, compuesto por las variables: ansiedad, depresión, baja autoestima y déficit en habilidades de afrontamiento. A su vez, la disfunción individual afecta de forma directa a la ideación suicida, la que influye en el parasuicidio.

Lo anterior sugiere que los problemas familiares afectan el comportamiento suicida en el adolescente al desencadenar una serie de trastornos y déficits en el mismo; éstos hacen más probable la planeación de actos suicidas; los que pueden materializarse como intentos de suicidio o, por lo menos, conductas autolesivas. La capacidad explicativa de este modelo es sobresaliente: la  $R^2$  de la ideación suicida es de .76 y la de parasuicidio es de .79. Los indicadores prácticos de bondad de ajuste (reportados en el pie de la figura 1) señalan que los datos respaldan la pertinencia del modelo teórico de relaciones.



Tabla 1

*Medias e indicadores de confiabilidad de los instrumentos utilizados*

Instrumento	N	Media	Alfa
Rechazo Padre	102	1.48	.74
Comunicación Familiar	102	2.5	.81
Maltrato infantil	102	.532	.87
Autoestima	102	2.85	.93
Ansiedad	102	1.61	.82
Depresión	102	1.79	.86
H. de Afrontamiento	102	3.77	.80
Ideación Suicida	102	1.47	.90
Parasuicidio	102	.39	.61

Tabla 2

*Matriz de correlaciones entre las escalas*

V'S	AUT	ANS	DEP	HA	RP	CF	MI	IS	PS
AUT	1								
ANS	-.12	1							
DEP	-.26**	.46**	1						
HA	.23**	-.18	-.27**	1					
RP	-.24*	.30**	.44**	-.50**	1				
CF	.37*	-.16	-.24*	-.37**	-.35**	1			
MI	-.22*	-.22*	-.26**	-.18	.41**	-.43**	1		
IS	-.44**	.37**	.39**	-.27**	.27**	-.23*	-.23*	1	
PS	-.24**	.45**	.42**	-.32**	.21**	-.17	.19	-.58**	1

\*p<.05, \*\*p<.01

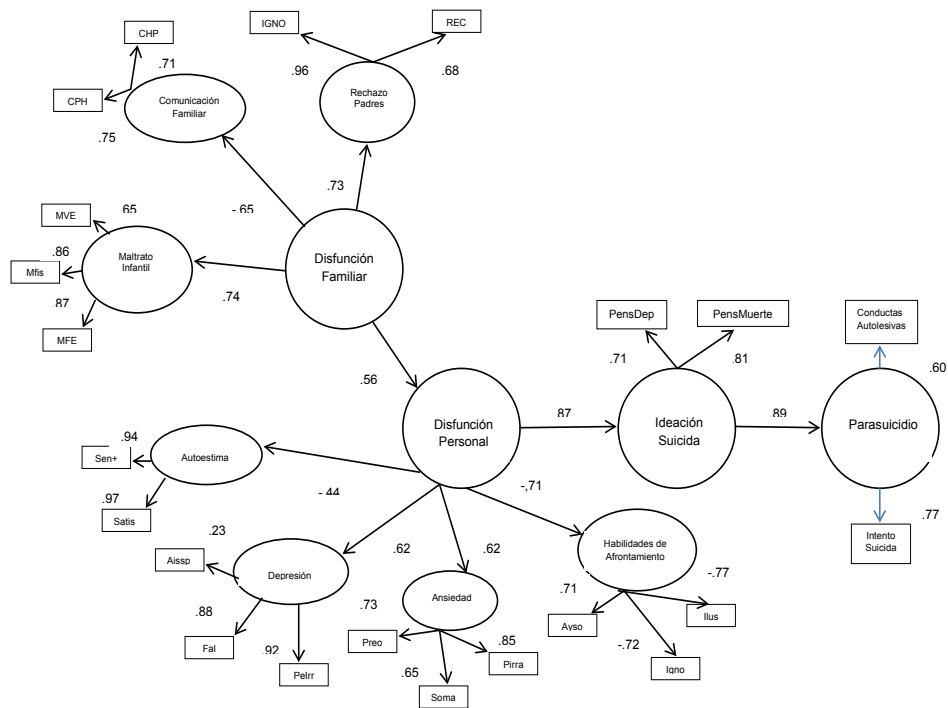


Figura 1. Modelo Estructural Explicativo del Comportamiento Suicida (Ideación Suicida y Parasuicidio)  
 Bondad de Ajuste  $\chi^2=283.21$  (177 gl),  $p<.001$ ; BNNFI=.91; CFI=.92; RMSEA=.07; R2 Ideación Suicida=.76; R2 Parasuicidio=.79

## Discusión

Los resultados del presente estudio proporcionan una visión general de los orígenes de la conducta suicida en un grupo de adolescentes en la ciudad de Hermosillo, Sonora. Aunque no prestamos especial atención a factores situacionales de índole extra-familiar, sí consideramos algunos de ellos, como las actividades globales realizadas por los jóvenes (estudio, trabajo), las cuales no fueron determinantes en relación con la conducta suicida. Partiendo de lo que dice Fernández (2002), lo anterior representa que estas conductas pueden estar presentes independientes de la actividad que realizan los adolescentes de tal forma que no son factores de riesgo. Los dos grupos estudiados (incluyendo el que tenía antecedentes de esa conducta) pertenecen en su mayoría a escuelas de tiempo completo y algunos son trabajadores de medio tiempo.

Los resultados presentan una correlación entre todas las variables, tanto psicológicas como sociales, y nuestra variable dependiente, al igual que lo documenta la literatura revisada, en relación a la presencia de estos factores y su influencia con los comportamientos suicidas. Sin embargo, los resultados indican un continuo diferente de cómo se relacionan estas variables. Al comportamiento suicida frecuentemente se le asocia con tres problemáticas individuales importantes: el fracaso en la resolución de problemas interpersonales o falta de habilidades de afrontamiento, el alto nivel de desesperanza o indefensión aprendida (depresión), y una mala regulación del afecto o pobre control de impulsos (Sidley, 2001). De los anteriores quedó descartada la impulsividad, debido a que no se relacionó con ningún factor independiente ni con la variable dependiente.

El modelo de ecuaciones estructurales hace hincapié en los elementos 3, 4, 5, 6 y 8 del esquema que propone Mack (1986); lo que implica que, sin desestimar la influencia de factores culturales y biológicos en el suicidio, es posible explicar

la mayor parte de este comportamiento como resultado de una disfunción psicológica (factores personales) y ésta, a su vez, es resultado fundamental de la disfunción familiar.

Coincidiendo con lo anterior se señala que la familia es un factor de gran importancia en la determinación del comportamiento suicida, coincidiendo con estudios anteriores a nivel internacional, los cuales muestran que en poblaciones donde los adolescente pertenecen a familias con una dinámica y estructura adecuada la prevalencia de estas conductas tienden a disminuir (Vougiouklakis, Tsiligianni, & Vassilik, 2009). El factor de disfunción familiar influyó significativamente en trastornos y déficits de conducta individual (depresión, ansiedad, carencia de habilidades de afrontamiento, baja auto-estima), y éstos fueron poderosos determinantes de la ideación suicida. Como lo establece Mack (1986) en su modelo arquitectónico, las experiencias tempranas se presentan en la familia, y las habilidades de afrontamiento se aprenden o adquieren durante esta etapa; de ahí la importancia de la comunicación familiar y el efecto negativo del rechazo parental y el maltrato infantil (Rice, 2000).

Con lo anterior, se puede discutir hasta qué punto la dinámica familiar afecta los comportamientos suicidas. Sin embargo, este impacto no es directo como algunos estudios lo han afirmado (González-Forteza & Jiménez, 2003; Compton et al. 2005), sino que se convierte en un factor de impacto directo para la generación de comportamientos que encajan en la falta de adaptación del desarrollo adolescente (Dulanto, 2000). La problemática psicológica resultante y la ausencia de factores protectores que ayuden al adolescente a solucionar sus problemas de manera asertiva y eficiente parecen conducir de inicio a la ideación suicida (Barcelata, Duran, & Lucio, 2004; Palacios et al. 2007), no a las conductas parasuicidas.

En relación a la predictibilidad el hecho de que los primeros expliquen el 76% de la varianza de la segunda se constituye en una alerta, pero también en una información valiosa que puede aprovecharse para la prevención de las conductas auto-lesivas en los adolescentes. Un porcentaje tan elevado de capacidad explicativa indicaría que el trabajo de prevención debería enfocarse en el entorno familiar y en el empoderamiento de los adolescentes, en aras de fortalecer su

autoestima, las habilidades de afrontamiento y su estado anímico.

Por lo anterior, se hace necesario ir más allá de la prevención en los aspectos individuales psicológicos del adolescente; no significa que no se trabaje con los adolescentes en habilidades para reducir los problemas de estrés, depresión, mejorar el auto-concepto o trabajar en la solución de problemas, lo cual es necesario hacerlo. Sin embargo, el enfocarnos solamente en lo anterior no reducirá la prevalencia del problema, si bien las anteriores tienen una relación directa con las conductas suicidas, no se pueden considerar como el inicio de las mismas, por lo que es necesario abordar el problema desde su génesis; el trabajo con las familias implicaría atacar las raíces de los sistemas de crianza castigantes (maltrato), mejorar los patrones de comunicación entre los miembros de la familia y procurar el establecimiento de relaciones afectuosas y de apoyo.

Muchos de esos procesos no son desplegados por falta de habilidades paternas (Strauss, Hamby, Finkelhor, Moore, & Runyan, 1998), aunque no debe desconocerse que la violencia familiar posee raíces tan o más complicadas como las que generan la conducta suicida. Aun así, la falta de habilidades paternas incluye la ignorancia acerca de las consecuencias nocivas de la disfunción familiar. Ignorancia no equivale a despreocupación y es probable que muchos padres sean poco afectuosos e incluso agresivos con sus hijos porque suponen que esas son formas apropiadas de crianza (Frías & McCloskey, 1998). También es probable que el conocimiento de que el maltrato, la falta de comunicación familiar y las manifestaciones de rechazo pueden conducir a los hijos a la ideación suicida –y de ahí a las conductas parasuicidas– lleve a los padres a modificar sus patrones conductuales. Ésta es un área de intervención y estudio que está abierta.

Por lo tanto, el trabajo familiar preventivo de los problemas psicológicos en los adolescentes debe iniciar en las etapas tempranas del desarrollo del individuo además de la formación de una familia, ya que se tiene que dirigir el proceso de prevención a los eventos que originan la disfunción individual desde la infancia, y no en la etapa de la adolescencia cuando los trastornos y las incapacidades se encuentran firmemente establecidos.

## Referencias

- Andrade P., Betancourt, O. D., & Camacho Valladares. M. (2003). Ambiente Familiar de Adolescentes que han Intentado suicidarse. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 19, 55-64
- Arlaes, N. L., Hernández, S. G., Álvarez, C. D., & Cañizarez G.T. (1997). Conducta suicida factores de riesgo asociados. *Revista Cubana de Medicina Integral*, 14(2), 122-126.
- Barcelata, B., Duran, C., & Lucio, E. (2004). Indicadores de malestar psicológico en un grupo de adolescentes mexicanos. *Revista Colombiana de Psicología*. (13), 64-73.
- Bentler, P. M. (2006). *EQS 6 Structural Equations Program Manual*. Encino, CA: Multivariate Software Inc.
- Bertolote, J. M., & Fleischmann, A. (2002). A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidologi*, 7, 6-8.
- Bobes, G. J. (2004). *Comportamientos suicidas*. Prevención y tratamiento. Barcelona: Ars Medica.
- Castañeda, A. (2003). *Características psicosociales del adolescente parasuicida*. Recuperado de [http://www.psicoactiva.com/Noticias/n\\_0004](http://www.psicoactiva.com/Noticias/n_0004)
- Casullo, M. M. (2002). Narraciones de adolescentes con alto riesgo suicida. *Psicodiagnosticar*, 12, 43-52
- Cattell, R., Eber, H., & Tatsuoka, M. (1965). *Cuestionario de 16 factores de la personalidad*. Editorial. Manual Moderno. México.
- Compton, M., Thompson, N., & Kaslow, N. J. (2005). Social environment factors associated with suicide attempt among low-income African Americans: The protective role of family relationships and social support. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 40: 175-185.
- Corral, V., & Figueredo, A. J. (1999). Convergent and divergent validity of three measures of conservation behavior: The multitrait-multimethod approach. *Environment & Behavior*, 31, 805-820.
- Corral, V., Frías, M., & González, D. (2001). *Análisis cuantitativos de variables latentes*. Hermosillo, México: UniSon.
- Cubillas, M. J., Román, R., Abril, E., Terrones G., Lechuga, A., Martínez, Y., & Moysen S. (2006). *Ideación suicida e intento de suicidio en adolescentes sonorenses de educación media superior y su relación con la dinámica social y familiar*. Reporte Técnico entregado a la Dirección General de Salud Mental de la Secretaría de Salud del Estado de Sonora.
- Desjarlais. R., Eisenberg, L., Byron, G., & Kleinman, A., (1995). *World Mental Health. Problems and priorities in low-income countries*. Reino Unido: Oxford University Press.
- Diekstra, R. (1985). Suicide and suicide attempts in the European Economic Community: an analysis of trends with special emphasis upon trends among the young. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 5, 27-42.
- Dulanto, G. E. (2000). *El adolescente*. México: Mac Graw Hill Interamericana.
- Durkheim, E. (1897). *El Suicidio*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Dwairy, M. (2011). Perceived Family and School Rejection and Adolescents' Psychological States. *Psychology*, 2, 535-541.
- Fernández, C. (2002). Factores asociados al intento de suicidio en la población colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 31, 283-297.
- Frías, M., & McCloskey, L. A. (1998). Determinants of harsh parenting in Mexico. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 26, 129-139.

- Frydenberg, E., & Lewis. (1978). ACS. *Escala de afrontamiento para adolescentes*. TEA Ediciones Madrid, España.
- García de Jalón, E., & Peralta, V. (2002). Suicidio y riesgo de suicidio. *Anales Sis San Navarra*, 25 (Supl 3), 87-96.
- González-Forteza, C., Andrade, P., & Jiménez, A. (1997). Estresores cotidianos familiares, sintomatología depresiva e ideación suicida en adolescentes mexicanos. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 43, 319- 326.
- González-Forteza C., Mariño M. C., Rojas E., Mondragón L., & Medina-Mora M. E. (1998). Intento de suicidio en Estudiantes de la Ciudad de Pachuca, Hidalgo, y su relación con el Malestar Depresivo y el uso de Sustancias. *Revista Mexicana de Psicología*, 15, 165-175.
- González-Forteza, C., Ramos, L., Mariño, M. C., & Pérez, E. (2001). Vidas en Riesgo: Conducta suicida en adolescentes. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, Buenos Aires, Argentina. En prensa.
- González-Forteza, C., Villatoro, J. A., Alcántar, I., Medina-Mora, M. E., Fleiz, C., Bermúdez, P., & Amador, N. (2002). Prevalencia de intento suicida en estudiantes de la Ciudad de México: Medición 2000. En AMEPSO (Eds.): *La Psicología Social en México*, vol. 9 (pp. 298-304).
- González-Forteza, C., & Jiménez, T. A. (2003). Veinticinco años de investigación sobre suicidio en la dirección de investigaciones epidemiológicas y psicosociales del instituto nacional de psiquiatría "Ramón de la Fuente". *Salud mental*. 26(6), 35-51
- Guiao, I., & Esparza, D. (1995). Suicidality correlates in Mexican Americans. *Issues in Mental Health Nursing*, 16, 461-479.
- Gunnell, D. J. (2002). The epidemiology of suicide. *International Review of Psychiatry*, 12, 21-26.
- Gutiérrez, G. A., & Contreras, C. (2006). El Suicidio conceptos actuales. *Salud Mental*. Sept-Oct. Año/Volumen (29), 66-74.
- Hardt, J., Sidor, A., Nickel, R., Kappis, B., Petrak, P., & Egle, U. T. (2008). Childhood adversities and suicide attempts: A retrospective study. *Journal of Family Violence*. (23), 713-718
- Harris, T. E., & Lennings, C. J. (1995). Suicide and Adolescence. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 37, 263-270
- Huey, S., Henggeler, S., & Rowland, M. (2004). Multisystemic therapy effects on attempted suicide by youths presenting psychiatric emergencies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 4, 183-190.
- Larraguibel, M., Martínez, V., Valenzuela, R., González, P., & Schiattino, I. (2001). Intento de suicidio en adolescentes. Factores asociados. *Psicopatología*, 21, 237-253.
- Leslie, M. B.; Stein, J. A. & Rotheram-Borus, M. J. (2002). Sex specific predictors of suicidality among runaway youth. *Journal of Clinical Child and Adolescents Psychology*, 31, 27-40.
- Mack, J. E. (1986) Adolescent suicide: a conceptual model. En G. L. Ríerman (ed.), *Suicide and depression among adolescent and young adults*. (pp. 53-76). Washington: American Psychiatry Press.
- Mardomingo, M. (1998). Los intentos de suicidio. En J. Rodríguez (Ed.), *Psicopatología del niño y del adolescente 2ª ed* (pp. 709-714). Tomo I. Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Marquet, B. (2008). Child and teenage suicide in Europe: a serious public health issue" *Assemblée parlementaire*. Strassburg.
- Mittendorfer-Rutz, E., Wasserman, D., & Rasmussen, F. (2008). Fetal and childhood growth and the risk of violent and non-violent suicide attempts: a cohort study of 318 953 men. *J Epidemiol Community Health*. 62:168-173 doi:10.1136/jech.2006.057133
- Monge, H. A., Cubillas, R. M., Roman, P. R., & Abril, V. E. (2007). Intentos de suicidio en adolescentes de educación media superior y su relación con la familia. *Psicología y Salud*, 17, 45-51.

- Montenegro, H., & Guajardo, H. (2000). *Psiquiatría del niño y del adolescente. 2da ed.* Santiago, Chile: Editorial Mediterráneo.
- Nieva, V. F., & Sorra, J. (2003). Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Quality Safe Health Care, 12* (supl), ii17-ii23.
- Nrugham, L., Larsson, B., & Sund, A. M. (2008). Specific depressive symptoms and disorders as associates and predictors of suicidal act across adolescence. *Journal of Affective Disorders, 111*(1), 83-93.
- Organización Mundial de la Salud (2009). Recuperado de:  
[http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/wspd\\_2009\\_statement.pdf](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/wspd_2009_statement.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud. (1998). *La condición de salud en las Américas*, Vol I: p.80. Washington, D.C. Recuperado de: <http://www.paho.org/spanish/HIA1998/SaludVol1.pdf>
- Palacios X., Barrera A. M., Ordoñez M., & Peña M. A. (2007). Análisis bibliométrico de la producción científica sobre suicidio en niños en el período 1985-2005. *Avances en Psicología Latinoamericana, 25*, 40-62.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement, 1*, 385-401.
- Reinherz, H., Tanner, J., Berger, S., Beardslee, W., & Fitzmaurice, G. (2006). Adolescent Suicidal Ideation as Predictive of Psychopathology, Suicidal Behavior, and Compromised Functioning at Age 30. *Am J Psychiatry, 163*, 1226-1232.
- Rice, F. (2000). *Adolescencia: desarrollo, relaciones y cultura.* Madrid: Prentice Hall.
- Rivera, H. E., & Andrade, P. (2006). Recursos individuales y familiares que protegen al adolescente del intento suicida. *Revista intercontinental de Psicología y Educación.* Año/Vol. 8. Numero 002
- Roberts, E. (1980). *Reliability of the CES-D Scale in Different Ethnic Contexts.* *Psychiatry Research 2*, 125-134.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image.* Princeton, N.Y.: Princeton University Press.
- Ruiz, H. J., Navarro, J. M., Torrente H., & Rodríguez González, A. (2005). Construcción de un cuestionario de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida. *Psicothema, 17*, 684-690.
- Sauceda-García, J. M., Lara-Muñoz, M. C., & Focil-Marquez, M. (2006). Violencia Autodirigida en la adolescencia: el intento de suicidio. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.* Vol. 63, julio-agosto 2006.
- Sean, J., Baser, R., Breeden, G., Neighbors, G., & Jackson, J. (2006). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts among blacks in the United States. *JAMA, 296*, 2112-2123
- Sidley, L. G. (2001). *Parasuicide.* En N. Tarrier, A. Wells & G. Haddock (eds.), *Treating Complex Cases. The Cognitive Behavioural Therapy Approach* (pp. 272-275). Nueva York: Wiley.
- Soo Kim, H., & Sil Kim, H. (2008). Risk Factors for Suicide Attempts among Korean Adolescents. *Child Psychiatry Hum Dev, 39*, 221-235 DOI 10.1007/s10578-007-0083-4
- Spielberg, Ch., Gorsuch, R., & Lushene, R. (1982). *Manual del Cuestionario de Ansiedad*, Estado Rasgo (3ª ed.). Madrid: TEA.
- Stefulj, J., Büttner, A., Kubat, M., Zill, P., Balija, M., Eisenmenger, W., Bondy, B., & Jernej, B., (2004). 5HT-2C receptor polymorphism in suicide victims association studies in German and Slavic populations. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 254*, 224-227.
- Steinhausen, H. C., & Winkler, C. W. (2004). The impact of suicidal ideation in preadolescence, adolescence, and young adulthood on psychosocial functioning and psychopathology in young adulthood. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 110*, 438-45.

Strauss, M. A., Hamby, S. L., Finkelhor, D., Moore, D. W., & Runyan, D. (1998). Identification of child maltreatment with the Parent-Child Conflict Tactics Scales: Development and psychometric data for a national sample of American parents. *Child Abuse and Neglect*, *22*, 249-270.

Valero, A. (2008). En aumento, los índices de suicidio de niños y adolescentes en México. Boletín UNAM-DGCS-180. Ciudad Universitaria. Universidad Nacional Autónoma de México.

Villatoro, J., Andrade-Palos, P., Fleiz, C., Medina-Mora, ME., & Reyes, I. (1997). La relación padres-hijos: una escala para evaluar el ambiente familiar en adolescentes. *Salud Mental*, *20*, 2:21-27.

Vougiouklakis, T., Tsiligianni, C., & Vassiliki, A. (2009). Children, adolescents and young adults suicide data from Epirus, northwestern Greece. *Boumba Forensic Sci Med Pathol* *5*(4), 269-73.

# Tendencias de la personalidad y síntomas somáticos

Trends of the personality and somatic symptoms

---

José Moral de la Rubia

Universidad Autónoma de Nuevo León

Martha Adelina Torres Muñoz

José Luis Valdez Medina

Norma Ivonne González-Arratia López-Fuentes

Universidad Autónoma del Estado de México

## Resumen

Esta investigación tuvo por objetivo averiguar si hay diferencias en la manifestación de síntomas somáticos, tomando en cuenta el tipo de tendencia de personalidad [ego(+) o ego(-)] y el género. Se aplicó el Cuestionario de Tendencias de la Personalidad (CTP; Valdez, 2009) y la Escala de Síntomas Somáticos (ESS-R; Sandín & Chorot, 1995). Los análisis de datos fueron hechos sobre una muestra no probabilística intencional de 128 adultos (70 hombres y 68 mujeres), de los cuales 64 pertenecían al tipo ego(+) y 64 al tipo ego(-). Se encontraron diferencias significativas por estilos de personalidad. Los participantes de tipo ego(-) fueron más sintomáticos, sufriendo más síntomas inmunológicos, gastrointestinales, alérgicos, hipertensivos y renales. Con base en la interrelación dentro de cada muestra de tipo de personalidad, los síntomas que involucran al sistema inmune se definieron más en el tipo ego(-) y los músculo-esqueléticos y genitourinarios en el tipo ego(+). También hubo diferencias por género, pero sin interacción con el tipo de personalidad. Las mujeres fueron más sintomáticas que los hombres. Así los tipos de personalidad y el género, como factores independientes, permiten considerar estrategias diferenciales de intervención en síntomas somáticos.

*Palabras clave:* Síntomas somáticos, personalidad, salud, género, adultos.

---

### Nota del Autor:

José Moral de la Rubia, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Nuevo León; Martha Adelina Torres Muñoz, Facultad de Ciencias de la Conducta, Universidad Autónoma del Estado de México; José Luis Valdez Medina, Facultad de Ciencias de la Conducta, Universidad Autónoma del Estado de México; Norma Ivonne González-Arratia López-Fuentes, Facultad de Ciencias de la Conducta, Universidad Autónoma del Estado de México.

La correspondencia en relación con este artículo debe dirigirse a José Moral de la Rubia, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Nuevo León, c/Dr. Carlos Canseco 110, Col. Mitras Centro, C.P. 64460, Monterrey, Nuevo León, México.  
Correo electrónico: jose\_moral@hotmail.com



## Abstract

The aims of this investigation were to find out differences in the somatic symptom display, taking into account the type of personality trend [ego(+) or ego(-)] and gender. We administered the Personality Trend Questionnaire (CTP; Valdez, 2009) and the Somatic Symptoms Scale (ESS-R; Sandín & Chorot, 1995). Data analyses were conducted to the responses of a non probabilistic intentional sample of one 128 adults (60 and 68 women), of whom 64 corresponded to the ego(+) type and 64 to the type ego(-). Significant differences were found by personality styles. The type ego(-) participants were more symptomatic, and manifested more immunologic, gastrointestinal, allergic, hypertensive and renal symptoms. Based on the interrelationships within each personality type sample, the symptoms that involved the immunological system were more prevalent in the type ego(-), while the muscular-skeletal and genitourinary symptoms prevailed in the type ego(+). Differences by gender were also obtained, but they did not interact with the type of personality. Women were more symptomatic than men. Thus, the types of personality and gender allow considering differential strategies in somatic symptom intervention.

*Keywords:* Somatic symptoms, personality, health, gender, adults.

La somatización abarca un amplio rango de fenómenos clínicos y una variedad de procesos psicosociales (Lipowski, 1988). Estos conducen a la persona a buscar ayuda médica por malestares corporales para los cuales no se hallan causas orgánicas, a pesar de la insistencia del paciente en tal etiología. Según Vallejo (2003), el término somatización ha sido utilizado clásicamente para describir un proceso subconsciente por el que el individuo traduce su malestar emocional en quejas somáticas.

Desde esta conceptualización aparece una serie de síntomas, o signos físicos, de intensidad suficiente para ser considerados clínicamente, y para los que no existe una justificación médica. A éstos se les supone un sustrato psicológico donde se incluyen las emociones negativas (ansiedad, depresión o ira), conflictos (de dependencia no resuelta o de hostilidad reprimida), y rasgos de personalidad (alexitimia, neuroticismo, dependencia o irascibilidad).

Lobo, García, Campos, Marcos y Pérez (1996) informaban que en población española, la prevalencia anual de quejas no relacionadas con alguna enfermedad médica conocida se ubicó entre el 25% y 30% por ciento. Por otra parte, se indicó que entre el 60% y 80% por ciento de la población general padeció en algún momento

de su vida un síntoma de estas características, de al menos una semana de duración (Woolfolk & Allen, 2007). En la población infantil se encontraron síntomas somáticos recurrentes en el 11% de las niñas y en el cuatro por ciento de los niños entre 12 y 16 años de edad (Fritz, Fritsch, & Hagino, 1997). Estas somatizaciones producen un deterioro en el funcionamiento y la calidad de vida de los pobladores. También se les asocia con el aumento de gastos y utilización de recursos sanitarios, como resultado de visitas médicas excesivas, pruebas diagnósticas, prescripciones terapéuticas y procedimientos quirúrgicos innecesarios (Hiller, Fichter, & Rief, 2003).

### Personalidad: el modelo de las 16 tendencias y dos estilos de Valdez

Se puede considerar que la personalidad está compuesta por dos grupos de variables con las que se nace y que posteriormente se van reinterpretando, o asignándoles significado en la síntesis que el individuo construye como su identidad. Por una parte estarían las variables biológicas, genéticas, hereditarias, físicas u orgánicas, entre estas se puede mencionar el aspecto físico, el género y la edad o etapa de desarrollo en la que se encuentre cada individuo.

Por otra parte, estarían las de tipo psicosociocultural. Un ejemplo son las que hacen referencia a la experiencia que va teniendo cada persona, la cultura en la que ha aprendido a vivir y el nivel socioeconómico. También la familia, el tipo de pares y los demás grupos de referencia o de pertenencia a los que se afilia cada individuo a lo largo de su vida (Hernández, 2000).

Valdez (2009), en su teoría de la Paz o Equilibrio, plantea que cada individuo tiene diferentes formas de enfrentarse a su medio, dependiendo de sus características de personalidad. Las tendencias de personalidad se conforman a partir de la aplicación, evaluación e interpretación de los resultados obtenidos de la utilización que las personas hacen de las dualidades o estrategias naturales de enfrentamiento. Dichas tendencias son definidas como estrategias de obtención de recursos o satisfactores para cubrir las necesidades o carencias y para evitar el miedo, y alcanzar el equilibrio o la paz.

Tales estrategias hacen usos de comportamientos muy específicos y de carácter natural o biológico como son: competir (ganar o perder), comparación (alta o baja jerarquía) y aceptar o rechazar (que puede llevar a la tolerancia y/o el control). Del resultado que se obtenga con estas estrategias cada uno va construyendo y desarrollando su propia tendencia de personalidad.

Los seres humanos tienden a construir y desarrollar a lo largo de sus vidas dos tipos básicos de tendencias de personalidad. La primera es fuerte o sana (*ego cero*); por sus características se ubican en un estado de seguridad, protección, confianza, paz o equilibrio, que, entre otras cosas, permiten conocerse a sí mismos de forma plena y certera.

La segunda es la tendencia de personalidad débil o en conflicto [*ego(+)* o *ego(-)*] regularmente se presenta en todas aquellas personas quienes, desde su infancia, y con mucha frecuencia, han tenido que tolerar y controlar, o bien mentir, aparentar, engañar, fingir, ocultar o aparentar ante sí mismos y ante los demás, como medidas de protección ante el miedo que se tiene por el rechazo o por el castigo, que no está dispuesto a aceptar o que se quiere evitar (Valdez, 2009).

Muchas veces el individuo, al poseer una tendencia de personalidad débil [*ego(+)* o *ego(-)*], presenta formas de adaptarse al medio y obtener recursos o satisfactores que son inadecuados. Probablemente esas formas de adaptarse tengan que ver con una tendencia a presentar ciertos síntomas somáticos. El tipo de personalidad *ego(+)* tiende a la ira, la confrontación y la competencia; así puede ser más susceptible a problemas cardiovasculares. El tipo *ego(-)* es más dependiente y pasivo, por lo que sufre más ansiedad e indefensión, padeciendo más trastornos relacionados con el sistema inmune y gastrointestinal, además de ser más sintomático o al menos buscan ayuda médica con más frecuencia (Valdez, 2009).

Valdez distingue 16 tendencias de personalidad que se conforman a partir del uso que se hace de las tolerancias individuales y sociales, así como a los controles individuales y sociales. Estas 16 tendencias permiten describir los estilos de personalidad *ego(+)* y al *ego(-)*. El estilo *ego cero* es un tipo ideal y se manifiesta en ausencia de estas categorías descriptivas de aspectos desadaptativos. A continuación se enumera cada tendencia y se relaciona con su estilo correspondiente: 1) perfeccionista (*ego +*), 2) incomprendido social (*ego -*), 3) dejado (*ego -*), 4) baja autoestima (*ego -*), 5) desadaptado (*ego -*), 6) impositivo (*ego +*), 7) manipulador (*ego +*), 8) incomprendido individual (*ego -*), 9) masoquista (*ego -*), 10) sádico (*ego +*), 11) fracasado (*ego -*), 12) ególatra (*ego +*), 13) autoritario (*ego +*), 14) sumiso (*ego -*), 15) reprimido (*ego -*) y 16) impulsivo (*ego +*).

Desde estas bases teóricas se realizó una investigación para saber si existen diferencias entre las dos tendencias de las personalidades débiles [*ego(+)* o *ego(-)*] en relación con ciertos síntomas somáticos, aparte de estudiar las diferencias de género.

Se espera que el tipo de personalidad *ego(-)* y las mujeres sean más sintomáticas y con mayor definición de síntomas inmunológicos, al ser más proclives a la indefensión. Los estresores persistentes que no se afrontan con eficacia conducen a un estado de estrés crónico que suele generar manifestaciones diversas de

desbalance vegetativo; y finalmente este estado conduce a otro de indefensión donde el sistema inmunológico muestra claros signos de debilitamiento por efecto de las hormonas del estrés (Cardenal, Ortiz, & Martín, 2008; Davis, 2009; Folkmann, 2011; Lazarus, 1999). Asimismo, se pronostican más síntomas gastrointestinales en la personalidad tipo *ego(-)* y cardiovasculares en la personalidad tipo *ego(+)* por internalización de la ira ante los conflictos y frustraciones en el primer tipo y externalización en el segundo, como reflejan distintos estudios de psicología de la salud (Eysenck, 2000; Kassinove, 1995; Moral, González, & Landero, 2011; Spielberger & Moscoso, 1996).

## Método

### Participantes

Se trabajó con una muestra no probabilística intencional de 128 adultos, divididas en 60 hombres y 68 mujeres, de los cuales 64 pertenecían a las tendencias de personalidad *ego(+)* (30 hombres y 30 mujeres) y 64 a las tendencias de personalidad *ego(-)* (32 hombres y 32 mujeres), siendo la frecuencia de género estadísticamente equivalente por la prueba binomial ( $p = .54$ ). Las edades variaban de 18 a 50 años con una media de 31 años. La escolaridad promedio fue de nueve punto un años (secundaria terminada). El 54% de los encuestados eran casados, 15% divorciados o separados y 31% solteros.

### Instrumentos

El Cuestionario de Tendencias de Personalidad (CTP) de Valdéz (2009) se conforma de cuatro ítems bipolares que se refieren a las tolerancias individuales (ítem A-B) y sociales (ítem C-D), así como a los controles individuales (ítem E-F) y sociales (ítem G-H) que todos los seres humanos utilizan para intentar conseguir los recursos o satisfactores que cubran sus necesidades o carencias, evitar el miedo al rechazo y el castigo, así como conseguir el equilibrio y paz personal. Con base en estos cuatro ítems se pueden obtener dieciséis tipos de tendencias

de la personalidad, pertenecientes a dos tipos de tendencia de personalidad *ego(+)* o *ego(-)*, reflejando la ausencia de estas tendencias un tipo *ego(0)*. Se observa una coincidencia del setenta y cinco al ochenta por ciento entre el instrumento de autoinforme y observadores expertos al momento de clasificar a los participantes en estos 16 tipos de personalidad (Valdez, 2009).

La Escala Revisada de Síntomas Somáticos (ESS-R) de Sandin y Chorot (1995) es un cuestionario, tipo autoinforme, que permite evaluar los diferentes tipos de manifestaciones somáticas relacionadas con la salud. Consta de 80 ítems con un rango de valoración de frecuencia de 5 puntos: 0 (nunca), 1 (raras veces), 2 (algunas veces), 3 (frecuentemente) y 4 (casi siempre). En el mismo se incluyen 10 ítems adicionales que hacen referencia a los dolores o molestias relacionados con el período menstrual y que, por tanto, sólo son contestados por las mujeres, los cuales no se analizan en este estudio. El participante evalúa la frecuencia de los síntomas en el último año. Los órganos y sistemas evaluados son los siguientes: (1) inmunológico general, (2) cardiovascular, (3) respiratorio, (4) gastrointestinal, (5) neurosensorial, (6) dermatológico, (7) músculo-esquelético, (8) genitourinario y (9) reproductor femenino. La consistencia interna de la escala es mayor a .80 y la de sus factores varía de .70 a .84. Resulta estable a las dos semanas ( $r = .71$ ) y correlaciona, según las expectativas, con diversos factores de riesgo y protección (Sandin & Chorot, 1995).

### Procedimiento

Las aplicaciones se llevaron a cabo de manera individual, con una duración de entre 20 y 30 minutos, en forma de cuestionario auto-aplicado, en la consulta externa del Sistema de Salud Estatal de la Ciudad de Toluca, Estado de México. Inicialmente se aplicó el instrumento de tendencias de la personalidad (Valdez, 2009), para clasificar a los participantes [*ego(0)*, *ego(+)* y *ego(-)*] con una confiabilidad interjueces de 80%. Luego se procedió a aplicar la escala de síntomas somáticos de Sandin y Chorot (1995). En un principio se aplicaron ambos instrumentos

a 100 personas (CTP y ESS-R), 50 hombres y 50 mujeres, pero se obtuvo un porcentaje mayor de personalidad tipo *ego(-)* (64 de 100, 34 mujeres y 30 hombres) que del tipo *ego(+)* (36 de 100, 16 mujeres y 20 hombres), por lo que se cambió de estrategia. De forma intencional se buscaron personas que tuvieran el tipo *ego(+)*, aplicando sólo el cuestionario CTP, por lo tanto necesitábamos encontrar 28 personas con tendencia *ego(+)* que desearan participar. En esta segunda etapa del muestreo, sólo cuando el cuestionario CTP mostraba tendencia *ego(+)* se aplicaba la segunda escala (ESS-R), en caso contrario se descartaba el dato para el estudio. Además, se procuró mantener el equilibrio de género, a pesar de que la participación voluntaria y disponibilidad era mayor en mujeres. De este modo se logró que la muestra quedara equilibrada entre los tipos *ego(-)* y *ego(+)*, 64 participantes en cada grupo, y fuese equivalente en la integración del género, es decir, sin sesgo en estas dos variables a la hora de hacer los contrastes por síntomas somáticos.

## Análisis estadísticos

Para la comparación de medias en la frecuencia de síntomas y de los factores de síntomas, entre los dos tipos de tendencias de personalidad [*ego(+)* o *ego(-)*] y el género, se empleó la prueba t de Student para muestras independientes; y para estimar la interacción entre ambas variables se usó un

análisis de varianza de dos vías de factores fijos e independientes. Además, se factorizó la frecuencia de síntomas en cada submuestra de tendencia de personalidad para explorar las dimensiones subyacentes diferenciales. Se empleó el análisis de componentes principales y una rotación ortogonal por el método Varimax. Se considera la saturación más alta y mayor a .40 de cada síntoma en la matriz factorial rotada para la definición e interpretación de los factores. El número de factores se fija por el criterio de Cattell (punto de inflexión de la curva de sedimentación). Las dimensiones de los síntomas en la muestra conjunta también se establecen por este procedimiento de análisis factorial exploratorio. Las puntuaciones de los factores de síntomas se obtienen por el método de Anderson-Rubin (Moral, 2006). El nivel de significación para el rechazo de la hipótesis nula se fija en  $p < .05$ . Los cálculos se realizaron con el programa estadístico SPSS versión 16.

## Resultados

### Descripción de los síntomas en la muestra

De acuerdo a la media aritmética, los síntomas que más aparecen, con un promedio de algunas veces durante el último año, son: malestar en el estómago, dolores de espalda, dolores de cabeza, catarro, gripe, dolor de estómago, gastritis, estornudos repetitivos, dolor de garganta, dolores musculares y acidez de estómago (véase tabla 1).

Tabla 1

*Medias y desviaciones estándar de síntomas somáticos en la muestra total (N = 128)*

Síntomas Somáticos	Min	Max	M	DE
Malestar en el estómago	1	5	2.65	1.12
Dolores de espalda	1	5	2.43	1.21
Dolores de cabeza	1	5	2.28	1.16
Catarro	1	5	2.27	0.95
Gripe	1	5	2.23	0.93
Dolor de estómago	1	5	2.20	1.03
Gastritis	1	5	2.13	1.22
Estornudos repetitivos	1	5	2.10	1.22
Dolor de garganta	1	5	2.05	0.97
Dolores musculares	1	5	2.05	1.06
Acidez de estómago	1	5	2.02	1.08

## Diferencias por género

Los hombres tienden más que las mujeres a presentar síntomas como diarrea y vómitos. Las mujeres son más propensas a presentar síntomas como dolor de cabeza, dolores en la nuca o zona cervical, colitis, cansancio o fatiga sin causa aparente, calambres o dolor en las piernas, estreñimiento o dificultades para defecar, sensación de oleadas de frío o calor y prurito en los ojos de tipo alérgico (véase tabla 2).

## Diferencias por tipo de personalidad

Los participantes con tendencia de personalidad denominada como *ego(-)* padecen significativamente más síntomas somáticos que los participantes con tendencia *ego(+)*; siendo nueve los síntomas diferenciales: molestias para

orinar, dificultad para orinar, dolor de estómago, prurito o escozor en la zona genital que incitan a rascarse, molestias o dolor en riñones, molestias en zonas genitales, sarpullido en la piel nuevo o que reaparece, diarrea y torpeza en las manos (véase tabla 3). Ninguna interacción entre el género y el tipo de personalidad resulta significativa, al comparar las medias de frecuencias de los síntomas por análisis de varianza de dos vías.

Al factorizar en la muestra conjunta se definen 24 factores por el criterio de Kaiser (autovalores iniciales mayores a uno) que explican el 77.04% de la varianza total. Se pueden reducir a ocho por el criterio de Cattell, explicándose el 47.25% de la varianza total.

Tabla 2

*Diferencia de medias de frecuencia de síntomas somáticos por género*

Síntomas somáticos	t	p	Hombres (n = 60)		Mujeres (n = 68)	
			M	DE	M	DE
Dolor de cabeza	4.40	.00	1.83	0.94	2.68	7.19
Dolores en la nuca o zona cervical	3.28	.00	1.57	0.90	2.16	1.31
Diarrea	3.09	.00	1.92	0.92	1.47	0.70
Colitis	2.77	.01	1.48	0.98	2.06	1.31
Cansancio o fatiga sin causa aparente	2.51	.01	1.45	0.76	1.87	0.06
Calambres o dolor en las piernas	2.39	.02	1.65	0.86	2.10	1.22
Estreñimiento o dificultades para defecar	2.37	.02	1.52	0.74	1.96	1.26
Vómitos	2.33	.02	1.43	0.67	1.19	0.49
Sensación de oleadas de frío o calor	2.19	.03	1.63	0.78	1.99	1.00
Picor en los ojos de tipo alérgico	2.18	.03	1.33	0.70	1.69	1.08

Tabla 3

*Diferencia de medias de frecuencia de síntomas somáticos por tipo de tendencia de personalidad*

Síntomas somáticos	t	p	Ego(+) n = 64		Ego(-) n = 64	
			M	DE	M	DE
Molestias para orinar	4.31	.00	1.05	0.21	1.42	0.66
Dificultad para orinar	2.79	.01	1.08	0.32	1.38	0.78
Dolor de estómago	2.26	.02	2.00	0.99	2.41	1.03
Sensaciones de picor o escozor en la zona genital que incitan a rascarse	2.24	.03	1.20	0.44	1.44	0.71
Molestias o dolor en riñones	2.21	.03	1.42	0.83	1.78	1.00
Molestias en zonas genitales	2.21	.03	1.09	0.34	1.31	0.71
Granos en la piel nuevos o que reaparecen	2.19	.03	1.39	0.74	1.72	0.93
Diarrea	2.02	.04	1.53	0.79	1.83	0.86
Torpeza en las manos	1.99	.04	1.11	0.44	1.30	0.60

El primer componente factorial, integrado por nueve síntomas somáticos con cargas factoriales mayores a .40 (molestias en zonas genitales, dolor en zonas genitales, visión doble o deformada, sensaciones de adormecimiento en brazos o piernas, calambres o dolor en las piernas, cansancio o fatiga sin causa aparente, sensaciones de opresión o molestias en el pecho, escozor o malestar al orinar o después de orinar, así como fibroma o tumor nuevos que reaparecen) y consistencia interna alta ( $\alpha = .80$ ), se puede denominar: de síntomas genitourinarios y pseudoneurológicos, es decir, de naturaleza histérico-conversiva.

El segundo, definido por ocho síntomas somáticos con cargas factoriales mayores a .40 (colitis, constipado o cogestión de tipo alérgico, síntomas de conjuntivitis alérgica, prurito nasal de tipo alérgico, gastritis, acidez de estómago, prurito ocular de tipo alérgico, así como estreñimiento o dificultades para defecar) y consistencia interna alta ( $\alpha = .82$ ), se puede denominar: de síntomas gastrointestinales y alérgicos.

El tercero, compuesto por doce síntomas somáticos con cargas factoriales mayores a .40 (tos acompañada de flemas, prurito o escozor en la piel, fiebre, dolor de garganta, molestias o dolor en riñones no debidas a ejercicio, erupciones en la piel, ligero dolor en el pecho al iniciar algún esfuerzo físico, respiración dificultosa acompañada de tos, dolor en el pecho, sarpullido

cutáneo nuevo o que reaparece, diarrea, así como contracciones o sacudidas musculares) y consistencia interna alta ( $\alpha = .82$ ), se puede denominar: de síntomas gripales, cata-rrales o alérgicos.

El cuarto, conformado por nueve síntomas somáticos con cargas factoriales mayores a .40 (inflamación de las articulaciones, dolor de articulaciones, dolores musculares, sensación de hormigueo en alguna parte del cuerpo, dificultades de coordinación, temblor muscular, dolores de espalda, visión borrosa, así como torpeza en las manos) y consistencia interna alta ( $\alpha = .80$ ), se puede denominar: de dolores musculoesqueléticos y en extremidades.

El quinto, configurado por nueve síntomas somáticos con cargas factoriales mayores a .40 (dificultad para respirar durante el esfuerzo, taquicardias, palpitaciones, molestias o sensación de malestar en el estómago, estado general de baja energía, dolores abdominales, dolores de cabeza con sensación de tirantez o tensión, dolor de estómago, así como mareos) y consistencia interna alta ( $\alpha = .79$ ), se puede denominar: de síntomas cardiovasculares.

El sexto, definido por siete síntomas somáticos con cargas factoriales mayores a .40 (necesidad de hacer dieta para reducir la tensión arterial, tensión arterial ligeramente alta, necesidad de tomar medicina para reducir la tensión arterial, sangre en la orina, molestias al orinar, respiración

dificultosa acompañada de ruidos, así como dificultades para orinar) y consistencia interna alta ( $\alpha = .79$ ), se puede denominar: de hipertensión y problemas renales.

El séptimo, formado por seis síntomas somáticos con cargas factoriales mayores a .40 (nauseas o sensación de vómitos, sudoración excesiva, catarras o resfriados comunes, gripe, estornudos repetitivos, así como necesidad de orinar con frecuencia) y consistencia interna alta ( $\alpha = .70$ ), se puede denominar: de síntomas catarrales, gripales o infecciosos.

El octavo, compuesto por seis síntomas somáticos con cargas factoriales mayores o iguales a .40 (dolor en el pecho acompañado de fatiga y respiración dificultosa, sensación de ahogo o respiración dificultosa tras emociones fuertes, respiración dificultosa o molesta, sensaciones de ahogo o falta de respiración, tos repetitiva, así como sensación de falta de aire)

y consistencia interna alta ( $\alpha = .72$ ), se puede denominar: de síntomas respiratorios.

Todos ellos tienen valores de consistencia interna alta ( $\alpha > .70$ ). Sólo la distribución del séptimo componente de síntomas gripales, catarrales o infecciosos se ajusta a una curva normal (ZK-S = 1.08,  $p = .20$ ) (véase tabla 4).

Se obtienen las puntuaciones factoriales por el método de Anderson-Rubin y se contrastan las medias de los ocho componentes entre los dos tipos de tendencia de personalidad. Las alteraciones catarrales, gripales o alérgicas ( $t(125) = -3.10$ ,  $p < .01$ ), así como los problemas de hipertensión y renales ( $t(80.56) = -2.52$ ,  $p = .01$ ) son reportados con más frecuencia por el tipo ego(-); a su vez, los síntomas genitourinarios y pseudoneurológicos o histérico-conversivos se aproximan a la significación estadística ( $t(125) = -1.87$ ,  $p = .06$ ), con mayor promedio en el tipo ego(-) (véase tabla 5).

Tabla 4

*Matriz factorial rotada en la muestra conjunta (N = 128)*

Síntomas somáticos	Componentes							
	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8
Molestias en zonas genitales	.83							
Dolor en zonas genitales	.71							
Visión doble	.59							
Adormecimiento de extremidades	.56							
Calambres	.54							
Fatiga	.52							
Opresión en el pecho	.47							
Malestar al orinar	.46							
Tumores	.44							
Colitis		.69						
Congestión alérgica		.66						
Conjuntivitis		.66						
Picor de nariz por alergia		.62						
Gastritis		.61						
Acidez estomacal		.59						
Picor de ojos por alergia		.58						

Tabla 4 (Cont.)

*Matriz factorial rotada en la muestra conjunta*

Síntomas somáticos	Componentes							
	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8
Estreñimiento		.56						
Tos con flemas			.61					
Picor o escozor en la piel			.57					
Fiebre			.55					
Dolor de garganta			.53					
Molestias o dolor en riñones	.44		.52					
Salpullido	.42		.51					
Dolor de pecho al iniciar esfuerzo			.51					
Respiración difícil con tos			.50					.43
Dolor de pecho			.50					
Granos			.47					
Diarrea			.44					
Contracciones musculares			.43					
Inflación de articulaciones				.63				
Dolor articulaciones				.61				
Debilidad muscular				.59				
Hormigueo				.59				
Problemas de coordinación				.55				
Temblor muscular				.53				
Dolor de espalda				.47				
Visión borrosa				.45				
Torpeza en las manos				.43		.41		
Dificultad para respirar					.76			
Taquicardia					.59	.46		
Palpitaciones					.56			
Malestar de estómago		.43			.55			
Baja energía					.48			
Dolor de abdomen		.45			.46			
Dolor cabeza					.45			
Dolor de estomago					.43			
Mareos					.42			
Dieta para controlar la tensión arterial						.82		
Tensión alta						.80		
Medicación para la tensión						.66		



Tabla 4 (Cont.)

*Matriz factorial rotada en la muestra conjunta*

Síntomas somáticos	Componentes								
	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	
Sangre en la orina						.60	.40		
Molestias al orinar						.49			
Ruidos al respirar						.47			
Dificultad para orinar						.44			
Nausea							.60		
Sudor excesivo							.58		
Catarro							.53		
Gripe							.49		
Estornudos		.40					.45		
Necesidad de orinar frecuente							.43		
Fatiga								.77	
Ahogo tras emociones fuertes								.55	
Respiración dificultosa							.45	.50	
Sensaciones de ahogo	.45							.47	
Tos repetitiva								.41	
Falta de aire								.40	
Autovalor	5.76	5.17	5.12	4.88	4.74	4.65	3.81	3.66	
% de varianza explica	7.20	6.46	6.40	6.11	5.93	5.81	4.76	4.58	
% acumulado	7.20	13.66	20.06	26.16	32.09	37.91	42.67	47.25	
Consistencia interna	No. Ítems	9	8	12	9	9	7	6	6
	$\alpha$	.80	.82	.82	.80	.79	.79	.70	.72
Descriptivos de la distribución	N	127	127	127	127	127	127	127	127
	M	1	1	1	1	1	1	1	1
	DE	0	0	0	0	0	0	0	0
Ajuste a la normalidad	ZK-S	1.88	2.07	1.54	2.10	1.51	2.51	1.08	1.61
	P	.00	.00	.20	.00	.02	.00	.02	.01

C1: Síntomas genitourinarios y pseudoneurológicos, C2: Síntomas gastrointestinales y alérgicos, C3: Síntomas gripales, catarrales o alérgicos, C4: Dolores musculoesqueléticos y en extremidades, C5: Síntomas cardiovasculares, C6: Hipertensión y problemas renales, C7: Síntomas catarrales, gripales o infecciosos y C8: Síntomas respiratorios. Para definir a cada componente sólo se considera la carga más alta y mayor o igual a .40 de cada síntoma (en cursiva).

Tabla 5

*Diferencia de medias en los 8 factores entre los participantes con personalidad ego(-) y ego(+) en la muestra conjunta (N = 128)*

Factores de síntomas somáticos	Levene		Student			Dif. Media
	F	p	t	gl	p	
Síntomas genitourinarios y pseudoneurológicos	3.16	.08	-1.87	125	.06	-0.33
Síntomas gastrointestinales y alérgicos	0.90	.34	-0.29	125	.77	-0.05
Síntomas catarrales, gripales o alérgicos	1.58	.21	-3.10	125	.00	-0.53
Dolores musculoesqueléticos	1.67	.20	0.55	125	.58	0.10
Síntomas cardiovasculares	4.74	.03	1.09	114.84	.28	0.19
Problemas de hipertensión y renales	11.13	.00	-2.52	80.56	.01	-0.44
Síntomas catarrales, gripales e infecciosos	0.75	.39	1.19	125	.23	0.21
Síntomas respiratorios	1.10	.30	0.47	125	.64	0.08

### **Agrupación de síntomas en cada tipo de personalidad**

Tras estudiar las diferencias de medias, se procedió a factorizar para observar cómo se agrupaban los ítems dentro de cada tendencia de personalidad.

Dentro de la submuestra de participantes con tendencia de personalidad tipo ego(-), se obtuvieron 23 factores por el criterio de Kaiser; sin embargo, con base en la claridad conceptual y el punto de inflexión de la curva de sedimentación de los autovalores (criterio de Cattell), se seleccionaron los once primeros que explican el 63.38% de la varianza total: (1) bajas defensas o problemas relacionados con tumores, (2) problemas gastrointestinales, (3) síntomas vestibulares o infecciosos con fiebre, (4) hipertensión arterial, (5) cardiorrespiratorios y estomacales, (6) dermatológicos y genitourinarios, (7) neurológicos o reumatoides, (8) cardiovasculares, (9) alergias, (10) infecciones

en vías respiratorias altas y (11) problemas circulatorios y en la piel probablemente relacionados con exceso de grasas en la dieta (véase tabla 6).

Dentro de la submuestra de participantes con tendencia de personalidad tipo ego(+), se obtuvieron 22 factores por el criterio de Kaiser. Sin embargo, con base en la claridad conceptual y el criterio de Cattell, se seleccionaron los nueve primeros que explican el 58.39% de de la varianza total: (1) dolores músculo-esqueléticos y reumatoides, (2) síntomas genitourinarios y neurológicos, (3) del sistema respiratorio, (4) dermatológicos y vasovagales o vestibulares, (5) cansancio/baja energía, (6) síntomas alérgicos y estomacales, (7) síntomas causados por tumores, (8) síntomas relacionados con hiperactividad simpática y (9) hipertensión arterial (véase tabla 7).

Tabla 6

*Matriz factorial rotada en la muestra de participantes tipo Ego(-)*

Síntomas somáticos	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11
Molestias en zonas genitales	.86										
Dolor en zonas genitales	.80										
Molestias en oídos	.68										
Calambres o dolor en las piernas	.63										
Cansancio o fatiga sin causa aparente	.60										
Fibroma o tumor nuevos que reaparecen	.59										
Estado general de baja energía	.58										
Sensaciones de ahogo	.53										
Molestias o dolor en riñones	.50										
Dolor en el pecho	.49										
Estornudos repetitivos	.40										
Colitis		.79									
Acidez de estómago		.79									
Gastritis		.67									
Temblor muscular		.64									
Tos repetitiva		.57									
Dolor de estómago		.56									
Estreñimiento		.54									
Dolores abdominales		.49									
Mareos			.76								
Vértigos			.75								
Respiración dificultosa con tos			.66								
Escozor o picor en la piel			.64								
Fiebre			.62								
Erupciones en la piel			.54								
Medicina para reducir la tensión arterial				.84							
Necesidad de dieta para tensión arterial				.80							
Tensión arterial ligeramente alta				.74							
Sangre en la orina				.72							
Taquicardia				.64							
Dificultad para respirar en esfuerzo					.85						
Respiración dificultosa o molesta					.78						
Palpitaciones					.60						

Tabla 6. (Cont.)

*Matriz factorial rotada en la muestra de participantes tipo Ego(-)*

Síntomas somáticos	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11
Malestar en el estómago					.57						
Eccema						.79					
Dificultades para orinar						.78					
Molestias al orinar						.56					
Dificultades de coordinación							.84				
Torpeza en las manos							.71				
Sensación de inestabilidad en la marcha							.59				
Inflamación de articulaciones							.54				
Ligero dolor en el pecho al esforzarse								.75			
Dolor en el pecho								.65			
Contracciones musculares								.58			
Diarrea								.44			
Fatiga								.41			
Constipado o congestión alérgica									.83		
Picores en la nariz de tipo alérgico									.81		
Conjuntivitis alérgica									.45		
Dolor de espalda									.44		
Catarros o resfriados comunes										.74	
Gripe										.74	
Sensaciones de oleadas de frío o calor										.43	
Sensaciones de hormigueo											.77
Granos en la piel											.59
Adormecimiento en brazos o piernas											.48

C1: Bajas defensas o problemas relacionados con tumores, C2: Problemas gastrointestinales, C3: Síntomas vestibulares o infecciosos con fiebre, C4: Hipertensión arterial, C5: Cardiorrespiratorios y estomacales, C6: Dermatológicos y genitourinarios, C7: Neurológicos o reumatoides, C8: Cardiovasculares, C9: Alergias, C10: Infecciones en vías respiratorias altas y C11: Problemas circulatorios y en la piel probablemente relacionados con exceso de grasas en la dieta.

Tabla 7

*Matriz factorial rotada en la muestra de participantes tipo Ego(+)*

Síntomas somáticos	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9
Sensación de hormigueo	.83								
Inflamación de articulaciones	.76								
Dolor muscular	.65								
Dolor de espalda	.63								
Molestias en oídos	.62								
Temblor muscular	.58								
Dolores en la nuca o zona cervical	.57								
Dolor de articulaciones	.50								
Contracciones o sacudidas musculares	.49								
Malestar al orinar o después		.92							
Molestias en zonas genitales		.89							
Dolor en zonas genitales		.83							
Dificultades de coordinación		.75							
Adormecimiento en brazos o piernas		.59							
Dolor en el pecho		.51							
Mareos		.41							
Catarro			.89						
Gripe			.80						
Tos repetitiva			.58						
Respiración dificultosa o molesta			.58						
Estornudos repetitivos			.55						
Eccema o problemas semejantes en la piel				.84					
Vómitos				.84					
Torpeza en las manos				.75					
Picor en zonas genitales				.56					
Nauseas o sensación de vómitos				.47					
Vértigos				.45					
Herpes				.41					
Fatiga sin causa aparente					.92				
Sensación general de debilidad					.79				
Estado de baja energía					.76				
Conjuntivitis alérgica						.77			
Picor en los ojos de tipo alérgico						.74			
Acidez de estómago						.60			
Picores en la nariz de tipo alérgico						.50			
Gastritis						.49			
Malestar estomacal						.48			
Constipado o congestión de tipo alérgico						.41			

Tabla 7. (Cont.)

*Matriz factorial rotada en la muestra de participantes tipo Ego(+)*

Síntomas somáticos	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9
Fibroma o tumor nuevos o que reaparecen							.75		
Respiración dificultosa acompañada de tos							.74		
Sudoración excesiva							.68		
Sangre en la orina							.58		
Dificultad al orinar								.87	
Granos en la piel nuevos o que reaparecen								.81	
Dolor en el pecho								.54	
Ligero dolor en el pecho al esforzarse								.51	
Ulceraciones o llagas									.89
Tensión arterial ligeramente alta									.85
Necesidad de hacer dieta para tensión arterial									.79

C1: Dolores músculo-esqueléticos y reumatoides, C2: Síntomas genitourinarios y neurológicos (histéricos), C3: Padecimientos del sistema respiratorio, C4: Síntomas dermatológicos y vasovagales o vestibulares, C5: Cansancio/baja energía, C6: Síntomas alérgicos y estomacales, C7: Síntomas causados por tumores, C8: Síntomas relacionados con hiperactividad simpática y C9: Hipertensión arterial.

## Discusión

En primer lugar se procede a discutir los aspectos de presencia de síntomas en la muestra y, retomando los objetivos del estudio, se prosigue con la relación de los síntomas con el tipo de personalidad (*ego+* y *ego-*) y con el género.

### Síntomas somáticos en la muestra

En esta investigación se observa que las personas que acuden a consulta externa del Sistema de Salud Estatal de la Ciudad de Toluca, Estado de México, reportan padecer síntomas con baja frecuencia en el intervalo del último año, dominando aquéllos que afectan al estómago, seguido de resfriados y gripes, así como dolores de cabeza, espalda y musculares. La agrupación de síntomas del análisis factorial sobre todo refleja cuadros catarrales, gripales o alérgicos. No obstante, en la naturaleza de los diversos

síntomas subyacen los hábitos de salud y estilo de vida como agentes causales presentes, los cuales están íntimamente relacionados con la personalidad; asimismo, destaca el estrés y otros estados emocionales negativos que alteran el equilibrio vegetativo si son intensos y sostenidos en el tiempo. Como indican Moral (2010) y González y Landero (2006), las causas de las enfermedades que usualmente padecemos son conocidas, a pesar de ello siempre se entrelazan con aspectos de hábitos de salud, afectos negativos, rasgos de personalidad, creencias, actitudes y refuerzos ambientales, como son los síntomas antes mencionados, donde estos factores pueden tomar mayor primacía.

### Síntomas somáticos y estilo de personalidad

De acuerdo con los resultados obtenidos, se observa que existen diferencias y una propensión a padecer ciertos síntomas somáticos dependiendo del tipo de tendencia de personalidad que se posea, ya sea que pertenezca al tipo *ego(+)* o al tipo *ego(-)*. Estos

tipos de tendencias, al ser estrategias de vida, llevan a la persona a competir o rendirse, a controlar o tolerar y a rechazar o aceptar, lo cual condicionará la aparición de efectos tanto biológicos como psicosocioculturales (Valdez, 2009). Se esperaba que las personas con una tendencia de personalidad *ego(-)*, al mostrarse más débiles, tiendan a reprimirse más y a no expresarse, por lo tanto estarían más expuestas al decaimiento, a la depresión e indefensión. Asimismo, a este tipo de personalidad le atrae que le reconozcan la fuerza que tiene para soportar la adversidad, el sufrimiento y el dolor, dependiendo así de los demás; estas personas necesitan ser apoyadas, ayudadas, protegidas, queridas o aceptadas, siendo usualmente más sintomáticas. En congruencia con esta expectativa los resultados muestran que estas personas tienden a padecer más síntomas somáticos que las personas con una tendencia de personalidad *ego(+)*, sobre todo de naturaleza gastrointestinal, inmunológica, genitourinaria, hipertensiva, alérgica e incluso histérico-conversiva. Estos síntomas se relacionan con un sistema inmunológico comprometido por los altos niveles de hormonas del estrés, como cortisona y adrenalina (Eysenck, 2000)

Sin embargo, las diferencias de medias encontradas no son abundantes entre los tipos de tendencia de la personalidad *ego(+)* y *ego(-)*. Sólo nueve de los 80 síntomas somáticos resultan diferenciales, así como dos de los ocho componentes factoriales. Debido a este resultado congruente, pero pobre, en el perfil diferencial se realiza el análisis factorial para saber si los ítems se agrupan de manera diferente para cada tipo de personalidad. Por una parte, el mayor número de factores e ítems con saturaciones altas indica una mayor definición de las constelaciones de síntomas somáticos en los participantes con tendencia de personalidad *ego(-)* en comparación con los participantes con tendencia de personalidad *ego(+)*. Por otra parte, se encontró que las personas con tipo *ego(-)* muestran mayor definición de síntomas relacionados, primero, con el sistema inmunológico, tumores e infecciones; segundo, con el sistema gastrointestinal, después seguirían otros grupos sintomáticos. Por el contrario, las personas con un estilo *ego(+)* muestran mayor definición de síntomas musculoesqueléticos, seguidos por los relacionados con

padecimientos genitourinarios y neurológicos, y de ahí se definen otros grupos sintomáticos. Así, los dos primeros factores con más peso reflejan un perfil diferencial de pasividad para el tipo *ego(-)* versus actividad para el tipo *ego(+)*, que es congruente con la expectativa.

El desarrollar un estilo *ego(+)* o un *ego(-)* mantiene a la persona, de manera permanente, en una situación de necesidad o carencia que no es aceptada abiertamente, donde hay queja, resentimiento, insatisfacción, rencor, etcétera; por lo cual, estas tendencias llevan a tolerar o a controlar, en los resultados que se obtienen no prevalecen los buenos niveles de salud mental y física, siendo lo ideal un tipo *ego(0)* que alcanza la paz y el equilibrio y por consiguiente logra liberarse de los síntomas psicopatológicos y minimizar los somáticos (Valdez, 2009). No obstante, en este estudio no se consiguió completar un grupo equivalente de participantes *ego(0)* para contrastar toda la teoría, para lo cual se requiere continuar con la estrategia de muestreo intencional, como la descrita en el apartado de procedimiento.

### Síntomas somáticos y género

Con respecto al análisis realizado entre hombres y mujeres, también se encontraron algunas diferencias significativas. Según Moral et al. (2010), la somatización parece ser más común en las mujeres que en los hombres, habiendo claras diferencias cualitativas. Del mismo modo González y Landero (2006) reportan que las mujeres presentan mayor nivel de estrés y tendencia somatizadora que los hombres. En nuestro estudio se encontró que las mujeres tienden a presentar mayormente síntomas somáticos, como dolor de cabeza, sensaciones de oleadas de frío o calor, colitis, dolores en la nuca o zona cervical, calambres o dolor en piernas, estreñimiento, fatiga sin causa aparente y prurito ocular de tipo alérgico. Por el contrario, los hombres manifiestan padecer con más frecuencia diarrea y vómitos. En este perfil diferencial influyen aspectos fisiológicos del ciclo menstrual, así como hábitos de salud relacionados con la dieta e ingesta de alcohol por parte de los hombres.

En la literatura se argumenta que las mujeres manifiestan una mayor tendencia a la expresión afectiva y la mentalización de los conflictos, por lo que sufren más de ansiedad y depresión pero menos de trastorno de control de impulsos y somatizaciones en comparación con los hombres (Medina-Mora et al., 2003; Valdez, Díaz-Loving, & Pérez, 2006). Estos datos, junto con otros estudios (Orejudo & Froján, 2005; Moral, 2010; Moral et al., 2010), ponen de manifiesto una mayor tendencia a la somatización de las mujeres, la cual se puede atribuir al nerviosismo y el afecto negativo, más prevalente en ellas y tienen menor peso el aspecto de la mentalización o la dificultad para identificar y expresar emociones (alexitimia).

Tanto por el tipo de tendencia de personalidad como por el género existe una inclinación, a presentar síntomas somáticos, muy relacionada con alteraciones emocionales y el estrés (Delgado, 2001); no obstante, en esta muestra no se presentaron interacciones significativas entre el género y el tipo de personalidad. Por el tipo de diseño de la muestra no se pudo contrastar un dominio de la personalidad tipo  $ego(-)$  en mujeres y del tipo  $ego(+)$  en hombres, aunque debe señalarse que el sesgo de género hacia un estilo de personalidad no es muy marcado (Valdez, 2009).

## Discusión

Con la limitación de una muestra de carácter intencional extraída en México, la naturaleza de autoinforme de los datos y el carecerse de un tercer grupo de personalidad tipo(0) para evaluar en su totalidad la teoría de Valdez (2009), se concluye que existe un perfil diferencial de síntomas somáticos entre las tendencias de personalidad  $ego(-)$  y  $ego(+)$ , la primera con tendencia más sintomática; las diferencias aparecen en síntomas inmunológicos, gastrointestinales, alérgicos, hipertensivos y renales. Con base en la interrelación dentro de cada muestra de tipo de personalidad, los síntomas que involucran al sistema inmune y los gastrointestinales se definen más en el tipo  $ego(-)$  y los músculo-esqueléticos y genitourinarios en el tipo  $ego(+)$ . También hubo

diferencias por género, siendo las mujeres más sintomáticas, aunque el género y la tendencia de personalidad no interactúan. Sólo la diarrea y los vómitos se manifestaron más en los hombres. Dolores en nuca, cuello y cabeza, fatiga, calambres, alteraciones en el tránsito intestinal, prurito ocular alérgico, así como oleadas de frío y calor son más frecuentes en mujeres.

Por lo tanto, podemos afirmar que los tipos de personalidad y el género, como factores se-parados, podrían permitir el diseño e implementación de estrategias diferenciales de intervención en síntomas somáticos, resultando útil en la evaluación de estos tipos de personalidad el cuestionario de Valdez (2008). Con estos datos se busca fomentar el estudio de la Teoría del Equilibrio y la Paz contemplada.



## Referencias

- Cardenal, V., Ortiz, M., & Martín, I. (2008). Life stressors, emotional avoidance and Breast Cancer. *The Spanish Journal of Psychology*, 11(2), 522-530.
- Davis, R. (2009). Health psychology: stress, coping, and well-being. En S. R. Feldman (Ed.), *Understanding psychology* (9th edition, pp. 334-357). New York, NY: McGraw Hill.
- Delgado, A. (2001). Salud y género en las consultas de atención primaria. *Atención Primaria*, 27(2), 75-78.
- Eysenck, H. J. (2000). Personality and risk factor in cancer and coronary heart disease. En D. T. Kenny, J. G. Carlson, F. J. McGuigan, & J. L. Sheppard (Eds.), *Stress and health: Research and clinical applications* (pp. 291-318). Amsterdam: Arwood Academic Publishers.
- Folkman, S. (2011). *The Oxford handbook of stress, health, and coping*. New York: Oxford University Press.
- Fritz, G. K., Fritsch, S., & Hagino, O. (1997). Somatoform disorders in children and adolescents: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(10), 1329-1338.
- González, M. T., & Landero, R. (2006). Síntomas psicósomáticos y teoría transaccional del estrés. *Ansiedad y Estrés*, 12(1), 45-61.
- Hernández, J. M. (2000). *La personalidad. Elementos para su estudio*. Madrid, España: Editorial Biblioteca.
- Hiller, W., Fichter, M. M., & Rief, W. A. (2003). Controlled treatment study of somatoform disorders including analysis of healthcare utilization and cost-effectiveness. *Journal of Psychosomatic Research*, 54(4), 369-380.
- Kassinove, H. (Ed.) (1995). *Anger disorders: Definitions, diagnosis and treatment*. Washington, DC: Taylor y Francis International Publishers.
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion. A new synthesis*. NY: Springer.
- Lipowski, Z. J. (1988). Somatization. The concept and its clinical application. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1358-1368.
- Lobo, A., García, J., Campos, R., Marcos, G., & Pérez, M. (1996). Somatization in primary care in Spain: I. Estimates of prevalence and clinical characteristics. Working Group for the Study of the Psychiatric and Psychosomatic Morbidity in Zaragoza. *The British Journal of Psychiatry*, 168, 344-348.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L., & Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y usos de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1-16.
- Moral, J. (2006). Análisis factorial y su aplicación al desarrollo de escalas. En R. Landero & M. T. González (Ed.), *Estadística con SPSS y metodología de la investigación* (pp. 387-443). México: Trillas.
- Moral, J. (2010). Modelos para explicar la somatización en parejas casadas. En J. Moral, M. T. González y R. Landero (Eds.), *Evaluación, modelos y tratamiento de la somatización. Su aplicación al tratamiento de la fibromialgia* (pp. 131-180). México, DF: Editorial Plaza y Valdés y UANL.
- Moral, J., González, M. T., & Landero, R. (2011). Estrés percibido, ira y burnout en amas de casa mexicanas. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 2(2), 139-153.
- Moral, J., Valdez, J. L., González-Arratia, N. I., González, S., Alvarado, B. G., Soraya, L., & Goana, L. S. (2010). Emociones y síntomas

físicos medicamente no explicados en mujeres y hombres adultos. *Medicina Universitaria*, 12(47), 11-22.

Orejudo, S. O., & Froján, M. X. (2005). Síntomas somáticos: predicción diferencial a través de variables psicológicas, sociodemográficas, estilo de vida y enfermedades. *Anales de Psicología*, 21(2), 276-285.

Sandín, B., & Chorot, P. (1995). *Escala de Síntomas Somáticos Revisada (ESS-R)*. Madrid: UNED.

Spielberger, Ch. D., & Moscoso, M. S. (1996). Reacciones emocionales del estrés: ansiedad y cólera. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 14, 59-81.

Valdez, J. L., Díaz-Loving, R., & Pérez, M. (2006). *Los hombres y las mujeres en México: dos mundos distantes y complementarios*. Toluca, Estado de México: Universidad Autónoma del Estado de México.

Valdez, J. L. (2008). La evaluación de nuestras tendencias de personalidad: hacia el autoconocimiento para una vida en armonía. En J. Moral (Ed.), *Investigaciones en psicología social, personalidad y salud* (pp. 72-89). México, DF: CUMEX.

Valdez, J. L. (2009). *Teoría de la Paz o Equilibrio: una nueva teoría que explica las causas del miedo y del sufrimiento, y que nos enseña a combatirlos*. México, DF: EDAMEX.

Vallejo, J. (2003). *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría (5ta edición)*. Barcelona, España: Masson.

Woolfolk, R. L., & Allen, L. A. (2007). *Treating somatization. A cognitive-behavioral approach*. New York, NY: The Guilford Press.