



ACTA DE INVESTIGACIÓN PSICOLÓGICA

PSYCHOLOGICAL RESEARCH RECORDS

Volumen 5, Número 1, Abril 2015.

Acta de Investigación Psicológica

Editor General - Chief Editor Rolando Díaz Loving Universidad Nacional Autónoma de México	Harry Triandis University of Illinois at Champaign	Mirta Flores Galaz Universidad Autónoma de Yucatán
Editor Ejecutivo- Executive Editor Sofía Rivera Aragón Universidad Nacional Autónoma de México	Heidemarie Keller University of Osnabruck	Peter B. Smith University of Sussex
Editor Invitado – Guest Editor Laura de los Ángeles Acuña Morales Universidad Nacional Autónoma de México	Isabel Reyes Lagunes Universidad Nacional Autónoma de México	Reynaldo Alarcón Universidad Ricardo Palma
Editor Asociado- Associate Editor Nancy Montero Santamaria Gerardo Benjamín Tonatiuh Villanueva Orozco Pedro Wolfgang Velasco Matus Universidad Nacional Autónoma de México	Javier Nieto Gutiérrez Universidad Nacional Autónoma de México	Ronald Cox Oklahoma State University
Consejo Editorial - Editorial Board	John Adair University of Manitoba	Roque Méndez Texas State University
Alfredo Ardila Florida International University	John Berry Queen's University	Rozzana Sánchez Aragón Universidad Nacional Autónoma de México
Aroldo Rodrigues California State University	José Luis Saiz Vidallet Universidad de la Frontera	Ruben Ardila Universidad Nacional de Colombia
Brian Wilcox University of Nebraska	José María Peiró Universidad de Valencia	Ruth Nina Estrella Universidad de Puerto Rico
Carlos Bruner Iturbide Universidad Nacional Autónoma de México	Klaus Boehnke Jacobs University	Sandra Castañeda Universidad Nacional Autónoma de México
Charles Spilberger University of South Florida	Laura Acuña Morales Universidad Nacional Autónoma de México	Scott Stanley University of Denver
David Schmitt Bradley University	Laura Hernández Guzmán Universidad Nacional Autónoma de México	Silvia Koller Universidad Federal de Rio Grande do Sul
Emilia Lucio Gómez-Maqueo Universidad Nacional Autónoma de México	Lucy Reidl Martínez Universidad Nacional Autónoma de México	Steve López University of South California
Emilio Ribes Iñesta Universidad Veracruzana	María Cristina Richaud de Minzi Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas	Víctor Manuel Alcaraz Romero Universidad Veracruzana
Feggy Ostrosky Universidad Nacional Autónoma de México	María Elena Medina-Mora Icaza Instituto Nacional de Psiquiatría	Victor Corral Verdugo Universidad de Sonora
Felix Neto Universidade do Porto	Michael Domjan University of Texas at Austin	William Swann University of Texas at Austin
	Mirna García Méndez Universidad Nacional Autónoma de México	Ype H. Poortinga Tilburg University

© UNAM Facultad de Psicología, 2015

Acta de Investigación Psicológica, Año 5, No. 13, enero-abril 2015, es una publicación cuatrimestral editada por la Universidad Nacional Autónoma de México, Cd. Universitaria, Coyoacán, C.P. 04510, México, D.F., a través de la Facultad de Psicología, Av. Universidad 3004, Col. Copilco-Universidad, Del. Coyoacán, CP. 04510, México, D.F., Tel/Fax. (55)56222305 y (55)56222326, <http://www.psicologia.unam.mx/pagina/es/155/acta-de-investigacion-psicologica>, actapsicologicaunam@gmail.com, Editor responsable: Dr. Rolando Díaz Loving, Reserva de derechos al uso exclusivo N° 04-2011-040411025500-203, ISSN 2007-4719, Responsable de la última actualización de este número: Unidad de Planeación, Facultad de Psicología, Lic. Augusto A. García Rubio Granados, Av. Universidad 3004, Col. Copilco-Universidad, Del. Coyoacán, C.P. 04510, México, D.F., fecha de última modificación, 20 de marzo de 2015.

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación.
Se autoriza la reproducción total o parcial de los textos e imágenes aquí publicados siempre y cuando se cite la fuente completa y la dirección electrónica de la publicación.

Sistema de índices y resúmenes: AIP se encuentra en Latindex, CLASE, ScIELO, Web of Science (Thomson Reuters) y ScienceDirect (Elsevier)
Abstracting and Indexing: PRR is abstracted or indexed in Latindex, CLASE, ScIELO, Web of Science (Thomson Reuters) and ScienceDirect (Elsevier)

Índice Index

Abril 2015
April 2015

Volumen 5
Volume 5

Número 1
Issue 1

Prólogo / Preface

- Margarita Maldonado Saucedo..... 1815**
BIENESTAR SUBJETIVO Y DEPRESIÓN EN MUJERES Y HOMBRES ADULTOS MAYORES
VIVIENDO EN POBREZA
WELL-BEING AND DEPRESSION IN ELDERLY WOMEN AND MEN LIVING IN POVERTY
- José Moral de la Rubia & Sandra Ramos Basurto..... 1831**
VIOLENCIA DE PAREJA Y ALEXITIMIA EN MUJERES NEOLEONESAS
COUPLE VIOLENCE AND ALEXITHYMIA IN WOMEN FROM NUEVO LEON
- Fernando Gordillo, Lilia Mestas, Judith Salvador, Miguel Ángel Pérez, José M. Arana & Rafael Manuel López..... 1846**
DIFERENCIAS EN EL RECONOCIMIENTO DE LAS EMOCIONES EN NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS
DIFFERENCES IN EMOTION RECOGNITION IN CHILDREN 6 TO 11 YEARS OLD
- Allison Earl, Christina A. Nisson & Dolores Albarracín 1860**
STIGMA CUES INCREASE SELF-CONSCIOUS EMOTIONS AND DECREASE LIKELIHOOD OF
ATTENTION TO INFORMATION ABOUT PREVENTING STIGMATIZED HEALTH ISSUES
SEÑALES SOBRE ESTIGMA AUMENTAN LAS EMOCIONES CONSCIENTES Y DISMINUYEN
LA PROBABILIDAD DE ATENCIÓN A LA INFORMACIÓN SOBRE PREVENCIÓN DE
CUESTIONES ESTIGMATIZADAS DE SALUD
- Miguel de Alba Agredano, Amelia Castellanos Valencia & Luis Miguel Sánchez Loyo 1872**
RIESGO SUICIDA Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN PADRES DE HIJOS CON ENFERMEDAD
NEUROMUSCULAR
SUICIDE RISK AND DEPRESSIVE SYMPTOMS AMONG PARENTS OF CHILDREN WITH
NEUROMUSCULAR DISEASE
- Fresia Paloma Hernández Moreno & René Landero Hernández..... 1881**
ASPECTOS PSICOSOCIALES RELACIONADOS CON EL TEPT EN PACIENTES CON CÁNCER
DE MAMA
PSYCHOSOCIAL ASPECTS RELATED TO PTSD IN PATIENTS WITH BREAST CANCER

Índice Index

Abril 2015
April 2015

Volumen 5
Volume 5

Número 1
Issue 1

Marina Velázquez Altamirano, Alberto Javier Córdova Alcaraz, Lidia Maribel Sánchez García & Ma. del Carmen Fernández Cáceres 1892
EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE TRATAMIENTO PARA DEJAR DE BEBER
EVALUATION OF A PROGRAM TO STOP DRINKING

J. Isaac Uribe Alvarado, Javier Aguilar Villalobos, Ximena Zacarías Salinas & Amira Aguilar Casis 1904
MODELOS EXPLICATIVOS DEL USO DEL CONDÓN EN LAS RELACIONES SEXUALES DE ADOLESCENTES
EXPLANATORY MODELS OF CONDOM USE IN COITAL SEX OF ADOLESCENTS

Hugo Sánchez Castillo, Gabriela L. Franco Olivares, Ana K. Ramírez Reyes, Diana B. Paz Trejo & Florencio Miranda Herrera 1916
EVALUACIÓN DE LA NICOTINA COMO ESTÍMULO AVERSIVO
NICOTINE ASSESSMENT AS AN AVERSIVE STIMULUS

Paloma Suárez Brito, Elda Alicia Alva Canto & Ervin Ferreira Velasco 1926
VELOCIDAD DE PROCESAMIENTO COMO INDICADOR DE VOCABULARIO EN EL SEGUNDO AÑO DE VIDA
PROCESSING SPEED AS A PREDICTOR OF VOCABULARY IN THE SECOND YEAR OF LIFE

Lineamientos para los Autores..... 1938
Proceso Editorial..... 1941
Guidelines for Authors..... 1943
Editorial Process..... 1945

Prólogo

En el número 1 del Volumen 5 de la Acta de Investigación Psicológica incorpora artículos teóricamente relevantes, empíricamente rigurosos y necesarios para la construcción de una psicología básica que contiene dimensiones biológicas, eco-sistémicas, socio-culturales y conductuales que permiten la conformación de una psicológica aplicada ética y eficiente. Se pueden dividir las contribuciones en dos grandes rubros, en el primero, aparecen 8 artículos con un matiz socio-cultural dirigido a especificar las variables que determinan y explican la salud y el bienestar en diversos grupos sociales y en diferentes flagelos tanto orgánicos como sociales. Aparecen a su vez dos trabajos insertos en el campo de desarrollo humano, en particular con infantes. Para los trabajos sobre salud y bienestar, Margarita Maldonado Saucedo presenta los efectos de adultos mayores viviendo en pobreza sobre su bienestar subjetivo y depresión; por su parte, Allison Earl, Christina A. Nisson, y Dolores Albarracín disertan sobre el efecto de señales aversivas en el aumento de emociones conscientes y la disminución en la atención a la información sobre prevención de cuestiones estigmatizadas de salud. Continuando con la mirada socio-cultural, José Moral de la Rubia & Sandra Ramos Basurto estudian la violencia de pareja y alexitimia en mujeres neoleonesas. En este mismo rubro, Miguel de Alba Agredano, Amelia Castellanos Valencia y Luis Miguel Sánchez Loyo estudian el riesgo suicida y síntomas depresivos en padres de hijos con enfermedad neuromuscular. Para el campo de las adicciones, aparecen un par de trabajos, uno centrado en procesos básicos y el otro en la intervención. Para el estudio de las bases psicológicas del comportamiento, Hugo Sánchez Castillo, Gabriela L. Franco Olivares, Ana K. Ramírez Reyes, Diana B. Paz Trejo y Florencio Miranda Herrera realizan la evaluación de la nicotina como estímulo aversivo y para la contribución a la intervención sobre la problemática, Marina Velázquez Altamirano, Alberto Javier Córdova Alcaraz, Lidia Maribel Sánchez García & Ma. del Carmen Fernández Cáceres evalúan los efectos de un programa de tratamiento para dejar de beber. Finalmente, en esta sección aparecen dos trabajos que se abocan a el cáncer de mama (Fresia Paloma Hernández Moreno & René Landero Hernández) y la sexualidad en adolescentes (J. Isaac Uribe Alvarado, Javier Aguilar Villalobos, Ximena Zacarías Salinas y Amira Aguilar Casis). En la sección de desarrollo, el trabajo de Paloma Suárez Brito, Elda Alicia Alva Canto y Ervin Ferreira Velasco se enfoca en la velocidad de procesamiento como indicador de vocabulario en el segundo año de vida y el trabajo de Fernando Gordillo, Lilia Mestas, Judith Salvador, Miguel Ángel Pérez, José M. Arana & Rafael Manuel López a las diferencias en el reconocimiento de las emociones en niños de 6 a 11 años. Como en ediciones anteriores, quiero externar mi profundo agradecimiento a los investigadores que confieren en la revista su confianza al enviarnos sus valiosas aportaciones al conocimiento del comportamiento humano.

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

Preface

This first number of volume five of Psychological Research Records incorporates theoretically relevant and empirically rigorous papers that delve into the construction of basic psychology, which includes biological, eco-systemic, socio-cultural and behavioral dimensions that allow the creation of an ethic, applied, and efficient psychology. Contributions may be split into two main categories; the first one contains 8 articles with a socio-cultural approach that aims to specify which variables determine and explain health and wellbeing in different social groups and different problems, both social and organic. In the second section, two papers are related to human development, particularly to infants. As to the articles related to health and wellbeing, Margarita Maldonado Saucedo presents the effects that poverty has on subjective wellbeing and depression of elderly people; meanwhile, Allison Earl, Christina A. Nisson, and Dolores Albarracín discuss the effects of aversive cues on the increase of conscious emotions and the decrease of attention to information about stigmatized health related issues. With a more profound socio-cultural perspective, José Moral de la Rubia and Sandra Ramos Basurto analyze violence in couple relationships and alexithymia in women from Nuevo León, while Miguel de Alba Agredano, Amelia Castellanos Valencia and Luis Miguel Sánchez Loyo evaluate suicidal risk behavior and depressive symptoms on fathers of children with neuromuscular disease. Related to addictive behaviors, two papers appear, one focused on basic processes and the second on intervention. Regarding research about the psychological basis of behavior, Hugo Sánchez Castillo, Gabriela L. Franco Olivares, Ana K. Ramírez Reyes, Diana B. Paz Trejo and Florencio Miranda Herrera test nicotine as an aversive stimulus. To evaluate interventions in this field, Marina Velázquez Altamirano, Alberto Javier Córdova Alcaraz, Lidia Maribel Sánchez García and Ma. Del Carmen Fernández Cáceres assess the effects of a treatment program to stop drinking. Finally, in this section on health issues, a paper is focused on breast cancer (Fresia Paloma Hernández Moreno and René Landero Hernández) and another on adolescent sexuality (J. Isaac Uribe Alvarado, Javier Aguilar Villalobos, Ximena Zacarías Salinas and Amira Aguilar Casis). For the section on development, the article written by Paloma Suárez Brito, Elda Alicia Alva Canto and Ervin Ferreira Velasco focuses on processing speed as an indicator for vocabulary during the second year of life; and the article by Fernando Gordillo, Lilia Mestas, Judith Salvador, Miguel Ángel Pérez, José M. Arana and Rafael Manuel López looks at the differences in emotion recognition of 6 to 11 years old children. As in previous editions, I want to extend my deepest gratitude to researchers that place their trust in our journal and submit their valuable contributions towards the understanding of human behavior.

Rolando Díaz-Loving, editor
Psychology Faculty
National Autonomous University of Mexico

Bienestar Subjetivo y Depresión en Mujeres y Hombres Adultos Mayores Viviendo en Pobreza¹

Margarita Maldonado Saucedo²
Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente

Resumen

En México el proceso de envejecimiento es vertiginoso y trae cambios estructurales en todas las áreas de la vida. Existen altos niveles de pobreza en el país, que hacen de la población de adultos mayores un grupo vulnerable. En esta población los factores que contribuyen a su bienestar están determinados por diferentes esferas de su vida. En relación a la salud mental el padecimiento más frecuente es la depresión que a diferencia de otros grupos sociales los factores que la desencadenan son diferentes. El objetivo es conocer si existe diferencia en los niveles de satisfacción con su vida y por ende de bienestar entre hombres y mujeres, así mismo se buscó conocer si este último se relaciona con la depresión. La muestra 201 adultos mayores que viven en situación de pobreza en 17 municipios de la ZMG. El 47.8% hombres, el resto (52.2%) mujeres, el promedio de edad fue $\bar{x}=77.6$; $s=5.8$. Los análisis comparativos mostraron que los factores que hacen sentir satisfechos y por ende contribuyen a su bienestar tanto a hombres como a mujeres son; la salud y el cariño de los hijos. La religión (mujeres) y la relación de pareja (hombres) son factores que también favorecen a su bienestar. Finalmente en ambos grupos los niveles de depresión están relacionados negativamente con sentirse sanos, vivos y en paz.

Palabras Clave: Envejecimiento, Pobreza, Bienestar Subjetivo, Depresión

Well-Being And Depression In Elderly Women And Men Living In Poverty

Abstract

In Mexico the process of aging is growing rapidly therefore there are structural changes on the all areas of the life. High levels of poverty exist in the country, which they do of the population of major adults a vulnerable group. In this population the factors that they contribute to his well-being are determined by different situation of his/her life. In relation to the mental health the most frequent suffering is the depression that unlike other social groups the factors that unleash it are different. The aim is to know if difference exists in the levels well-being satisfaction between men and women. Also to know if the level of well-being is relates to the depression. The sample size was 201 major adults who live in situation of poverty in 17 municipalities of the Metropolitan Zone of Guadalajara, Mexico. The 47.8 % was men, the rest (52.2 %) women, the average of age is of $\bar{x}=77.6$; $s=5.8$. The comparative analyses showed that the factors that make feel satisfied both men and women are the health and the love of their children. Also the religion (in women) as the relation of spouse (in men) they are factors that favor the well-being of the major adults. The men have better perception of health that the women. Finally in both groups the levels of depression are related principally with being healthy, to be alive and to live in peace.

Keywords: Aging, Poverty, Subjective Well-Being, Depression

Original recibido / Original received: 31/07/2014 Aceptado / Accepted: 25/11/2014

¹ Este estudio forma parte del proyecto "Género, envejecimiento, redes de apoyo social y vulnerabilidad en México: Un estudio comparativo" del Campo Estratégico de Acción de Pobreza y Exclusión del Sistema Universitario Jesuita y realizado por: Dra. María del Rocío Enríquez Rosas, ITESO, Mtra. Margarita Maldonado Saucedo, ITESO, Mtra. Ana Paola Aldrete González ITESO, Mtra. Josefina Pantoja, UIA León, Dra. Joaquina Palomar Lever, UIA Cd. de México y Mtra. Marcela Ibarra UIA Puebla

² Dra. Margarita Maldonado Saucedo, Teléfono: 33 31-25-61-72, correo electrónico: mmaldona@iteso.mx, Dirección: Murcia 13, Jardines de Guadalupe, Zapopan Jalisco

Marco teórico

México no está exento del fenómeno de envejecimiento mundial, el Censo de Población 2010 mostró que el 9.06% de la población total eran adultos mayores de más de 60 años, esto significa 10, 055,379 millones de ellos. Se espera que para el 2050 uno de cada 4 mexicanos será adulto mayor (Chávez-Ramírez, Zegbe, Sanchez-Morales & Castañeda-Iñiguez, 2014).

En relación a los niveles de pobreza en México se encontró que en el 2012 existían 117,3 millones de habitantes de los cuales el 54.5% no eran pobres y el 45.5 % si lo eran, de este último grupo el 11.5% caían en la categoría de pobreza extrema. En relación a la población de ancianos de 65 o más años el 45.8% de ellos eran pobres y de este el 9.7% vivían en pobreza extrema (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), 2013).

El concepto de bienestar subjetivo resulta complejo y difícil de definir, algunos autores consideran, que el bienestar está determinado por los niveles de satisfacción en las diversas esferas de la vida de las personas (Domínguez, Ocejo & Rivera, 2013). Para otros autores el bienestar se le denomina "felicidad", sin embargo si la persona no se siente satisfecha con su vida genera en ella estados de ansiedad y depresión. Cuando se habla de adultos mayores los factores que contribuyen a su satisfacción con la vida son, la salud, las relaciones familiares y vecinales, tener recursos económicos para solventar sus gastos básicos y tener una vida social (Llobet, Ávila, Farràs Farràs & Canut, 2011).

El bienestar de la persona es parte de la salud en un sentido amplio que se manifiesta en todas las esferas de la actividad humana. El bienestar está plurideterminado por factores psicológicos y sociales. Es decir la medición del bienestar se realiza evaluando la satisfacción en los diferentes aspectos de la cotidianidad de los sujetos, esto es que tan satisfechos se sienten con la familia, amigos, trabajo, pareja, entre otros. Se debe considerar que el bienestar es la experiencia personal del individuo y es este quien hace una valoración cognitiva y afectiva sobre aspectos específicos de su vida (Cuadros, 2013).

La depresión resulta ser uno de los síndromes más frecuentes e incapacitante en la población de adultos mayores. La depresión tiene manifestaciones psicosociales y clínicas. Es importante mencionar que muchas veces los estados depresivos de los ancianos son considerados como manifestaciones propias del proceso de envejecimiento por lo tanto es difícil identificarlos.

El Informe Mundial sobre la Salud de 2001, refiere que la prevalencia de depresión en los hombres es de 1.9% y de 3.2% en las mujeres. A nivel mundial se considera que la depresión es la 4 causa de discapacidad seguida de problemas coronarios en la población en general (Belló, Puentes-Rosas, Medina-Mora & Lozano, 2005).

La depresión en México representa la principal causa de discapacidad en mujeres y la novena en hombres. Entre los factores sociales relacionados con la depresión en mujeres se encuentran: dedicarse al hogar, ser cuidadora de algún enfermo, ser jefa de familia y tener un ingreso bajo, violencia sexual y física por parte de la pareja, ser soltera y viuda solo por mencionar algunos. Por otro lado en los hombres los factores principales son: estar desempleado, tener problemas

legales, accidentes, atracos con violencia, entre otros (Berenzon, Lara, Robles & Medina Mora, 2013).

Es importante reconocer que la depresión que se presenta en adultos mayores es diferente a la que se presenta en etapas tempranas de la vida, tanto en su etiología como en los factores de riesgo, de ahí la necesidad de reconocer los factores asociados a este padecimiento. En los adultos mayores son frecuentes; los síntomas afectivos y cognitivos, fatiga, problemas del sueño retardo psicomotor, falta de concentración, problemas de memoria, solo por mencionar algunas (Martínez, Onís, Dueñas, Albert, Aguado, y Luque, 2002; Salinas-Rodríguez, Manrique-Espinoza, Acosta-Castillo, Franco-Núñez, Rosas-Carrasco, Gutierrez-Robledo & Sosa-Ortiz, 2014).

El objetivo del estudio es conocer si existen diferencias en la percepción de bienestar subjetivo en las diferentes esferas de la vida por género y si el nivel de satisfacción reportado se relaciona con la sintomatología depresiva.

Método

Es un estudio transversal, descriptivo comparativo y correlacional que se realizó en dos etapas, cada una de ellas con población diferente, pero con características similares. La primera etapa tuvo como objetivo determinar cuáles eran las esferas de la vida que; “actualmente hace sentir satisfecho al adulto mayor en su vida”, esta información sirvió de base para construir con las respuestas de los sujetos, un instrumento de 44 reactivos en escala de cuatro niveles (nada satisfecho (0), poco satisfecho (1), satisfecho (2) y muy satisfecho (3)) sobre las esferas de la vida que hace feliz al adulto mayor. Posteriormente la segunda etapa se enfocó al objetivo principal de este estudio.

Primera etapa:

Se realizaron 116 encuestas con adultos mayores que viven en zonas de pobreza en la ZMG. El promedio de edad fue de $\bar{x}=70.26$; $s=6.7$. El 71.3% eran mujeres y el resto hombres 28.7%. En relación al estado civil, el 39.3% eran casados, 39.3% viudos, 1.8% divorciados, 4.5% unión libre, 3.6% separados y solteros 11.6%. A esta población se les preguntó; “¿Actualmente qué es lo que lo hace sentir satisfecho en su vida?”. Se encontraron un total 105 respuestas diferentes donde abordaban aspectos de su vida cotidiana, por ejemplo; el apoyo de sus hijos, el cariño de sus nietos, estar con su pareja, estar sano, poder salir a la calle, que Dios le tiene con vida y puede andar de arriba abajo, que están juntas ella y su hermana, entre otras.

Se sistematizaron las respuestas y se elaboraron un total de 44 reactivos cubriendo las siguientes áreas: hijos (6 reactivos), nietos (6 reactivos), pareja (5 reactivos), familia propia(1), trabajo (1), economía (5), actividades religiosas (5), salud en general (3), actividades diarias y movilidad física (5), procesos cognitivos (1), relación con vecinos (4), actividades lúdicas (2). A cada reactivo se le asignó los siguientes valores: Por ejemplo ante la pregunta de ¿Qué tan satisfecho(a) se

encuentra del cariño de sus nietos? : Nada satisfecho (0), Poco satisfecho (1), Satisfecho (2) y Muy satisfecho (3).

Segunda etapa:

Una vez que se construyó el instrumento con las respuestas de la primera etapa se procedió a aplicarlo en otro grupo de adultos mayores con similares características. El estudio se llevó a cabo en 17 colonias de pobreza y pobreza extrema de los municipios de Guadalajara, El Salto, Zapopan y Tlaquepaque. La muestra fue propositiva y la totalidad de los sujetos fueron entrevistados en su casa.

La muestra estuvo compuesta por 201 Adultos Mayores de los cuales el 47.8% eran hombres y el resto (52.2%) mujeres. El rango de edad osciló entre 70 y 93 años con un promedio de $\bar{x}=77.6$; $s=5.8$. Del total de los sujetos el 48.3% eran casados, el 5.5% divorciados, 2.5% solteros y el 43.8% viudos. En cuanto al aspecto laboral se observó que el 27.9 % trabajaban y el restantes (72.1 %) no.

Para conocer el nivel educativo se consideró el grado escolar alcanzado y se encontró que los que reportan no haber ido a la escuela nunca fueron; el 57.0%, a primaria 39.0%, secundaria 2.5%, preparatoria el 0.5% y finamente una carrera técnica el 1.0%. Aunado a esto, se preguntó quienes sabían leer y escribir, los resultados muestran que el 57.7% saben leer y el 50.7% sabe escribir, el resto no saben leer (42.3%) ni escribir (49.3%).

Instrumento

El instrumento estuvo compuesto por 3 cuatro cuestionarios que a continuación se describen:

1. Datos demográficos: Género, edad, escolaridad, estado civil, entre otras.
2. Escala satisfacción: Esta escala surge de la pregunta abierta que se le hizo a 116 adultos mayores que viven en pobreza extrema es, “¿Actualmente que es lo que lo hace sentir satisfecho en su vida?” A partir de las respuestas se elaboraron los reactivos en una escala de cuatro niveles que va de nada satisfecho (0), poco satisfecho (1), satisfecho (2) y muy satisfecho (3). La escala constó de un total de 44 reactivos que se enfocaban en los aspectos de la salud de ellos y sus seres queridos, comunicación familiar, ayuda recíproca entre familiares, aspectos económicos, movilidad física, vecinos, religión, entre otros.
3. Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de la depresión (CESD). Consta de 20 reactivos que evalúa como se siente la persona en la última semana. Por ejemplo, “le molestaron cosas que generalmente no le molestan”, “no se sintió con ganas de comer tuvo mal apetito”, “sintió que no podía quitarse de encima la tristeza, ni con la ayuda de familiares y amigos.” Las categorías de respuesta fueron: 0= ningún día, menos de un día; 1= de uno a dos días; 2= de tres a cuatro días; y 3= de cinco a siete días. En un estudio realizado con 300 adultos mayores se encontró un Alpha de .90, lo que nos indica que la escala tiene buena estructura interna para esta población (Reyes-Ortega, Soto-Hernández, Milla-Kegel, García-Ramírez,

Hubard-Vignau, Mendoza-Sánchez, Mejía-Garza, García-Peña & Wagner-Echeagaray 2003).

En otro estudio realizado en Morelos y Tlaxcala México, con 229 adultos mayores se encontró un valor Alpha de 0.83. Además se correlacionó positivamente y significativamente con el Inventario de Depresión de Beck una $r=.81$ lo cual muestra la validez concurrente (Salinas-Rodríguez, Manrique-Espinoza, Acosta-Castillo, Franco-Núñez, Rosas-Carrasco, Gutiérrez-Robledo & Luisa Sosa-Ortiz, 2014).

Resultados

Con respecto al bienestar subjetivo se realizaron análisis comparativos de t de Student por género de cada uno de los reactivos de las áreas mencionadas en la primera etapa.

En relación a los hijos los resultados muestran que los adultos mayores mencionan sentirse entre satisfechos y muy satisfechos en su convivencia con ellos (ver Tabla 1).

Tabla 1

Diferencias de Bienestar Subjetivo por género en relación a la esfera de hijos

No.	¿Qué tan satisfecho(a) se encuentra...?	Género	n	\bar{x}	s	t	p<.05
1	Del cariño de sus hijos	masculino	89	2.25	.87	-.65	ns
		femenino	96	2.34	.89		
2	De la salud de sus hijos	masculino	89	2.32	.86	.73	ns
		femenino	96	2.22	.91		
3	De convivir y platicar con sus hijos	masculino	89	2.19	.95	.02	ns
		femenino	96	2.18	.97		
4	Del apoyo que recibe de sus hijos	masculino	89	2.17	.92	.08	ns
		femenino	95	2.16	.94		
5	De darle consejos a sus hijos	masculino	87	2.12	.91	-.38	ns
		femenino	95	2.17	.94		
6	De poder ayudar a sus hijos	masculino	84	2.00	.99	-.78	ns
		femenino	94	2.11	.98		

Si observamos los resultados comparativos de las medias por género no encontramos diferencias estadísticamente significativas, sin embargo podemos ver que lo más que los hace sentirse satisfechos tanto a hombres como mujeres es; “la salud (hombres $\bar{x}=2.32$ y mujeres $\bar{x}=2.22$)” y el “cariño de sus hijos (hombres $\bar{x}=2.25$ y mujeres $\bar{x}=2.34$)”, lo menos importante para hombres ($\bar{x}=2.00$) y para mujeres ($\bar{x}=2.11$) es el “poder ayudar a sus hijos”.

Similares análisis se realizaron con los reactivos de los nietos, que tienen la misma estructura solo el vínculo es diferente, por ejemplo “del cariño de sus

nietos”, “de la salud de sus nietos”, etc. Si bien no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, lo que más hace sentir satisfechos a los abuelos sobre los nietos es nuevamente, la salud en primer lugar (hombres \bar{x} =2.38 y mujeres \bar{x} =2.42) y después el cariño de ellos (hombres \bar{x} =2.35 y mujeres \bar{x} =2.20). Por otro lado en lo que menos están satisfechos es poder ayudar a sus nietos (hombres \bar{x} =1.97 y mujeres \bar{x} =2.05).

En relación a la pareja y en contraste con las otras dos áreas (hijos y nietos), se encontraron diferencias de género y disminuyeron los promedios de satisfacción en lo general (ver Tabla 2). Estos promedios corresponden al nivel de que se sienten entre “poco satisfechos y satisfechos”

Tabla 2

Diferencias de Bienestar Subjetivo por género en relación en la esfera de pareja

No.	¿Qué tan satisfecho(a) se encuentra...?	Género	n	\bar{x}	s	t	p<.05
1	Del cariño de su pareja	masculino	64	2.50	.71	3.34	.001
		femenino	39	1.89	1.11		
2	De la salud de su pareja	masculino	64	2.14	.94	1.20	ns
		femenino	36	1.88	1.11		
3	De convivir y platicar con su pareja	masculino	64	2.48	.73	3.37	.001
		femenino	35	1.82	1.20		
4	Del apoyo que recibe de su pareja	masculino	64	2.50	.75	3.24	.002
		femenino	35	1.85	1.21		
5	De poder ayudar a su pareja	masculino	62	2.32	.84	1.76	ns
		femenino	36	1.97	1.10		

Las diferencias de género que se encontraron corresponden a: “del cariño de la pareja” ($t=3.3$, $p<.001$), “de convivir y platicar con la pareja ($t=3.3$, $p<.001$)” y del “apoyo que recibe de la pareja ($t=3.2$, $p<.002$)”. Resulta interesante observar que los puntajes de “estar satisfecho” más elevados están en los hombres a diferencia de las mujeres. Esto puede ser un indicador de que las mujeres no se sienten correspondidas por sus parejas en su relación marital.

Un factor importante para esta población es la religión, es por ello que las respuestas a los reactivos de religión muestran niveles cercanos a muy satisfechos. La Tabla 3 muestra que en las actividades de tipo religioso, las mujeres reportaron estar más satisfechas que los hombres en: “poder rezar ($t=-2.6$, $p<.01$)”, “ir a misa ($t=-2.8$; $p<.05$)”, “hacer la voluntad de Dios ($t=2.76$; $p<.01$)”, siendo este último el que tiene los puntajes más elevados de “satisfacción” en las mujeres ($\bar{x}=2.7$) a diferencia de los hombres ($\bar{x}=2.50$) ($t=-2.76$; $p<.01$). Es importante hacer mención que en todos los reactivos de religión hubo diferencias significativas de género mostrando que para las mujeres la religión tiene mayor satisfacción que para los hombres.

Tabla 3

Diferencias de Bienestar Subjetivo por género en la esfera religión

No.	¿Qué tan satisfecho(a) se encuentra...?	Género	n	\bar{x}	s	t	p<.05
1	De poder ir a misa	masculino	92	2.25	.88	-2.28	.05
		femenino	97	2.51	.70		
2	De poder rezar	masculino	93	2.45	.66	-2.60	.01
		femenino	99	2.68	.58		
3	De poder hacer la voluntad de Dios	masculino	93	2.50	.66	-2.76	.01
		femenino	100	2.74	.50		
4	De enseñarle a su familia sobre el amor de Dios	masculino	87	2.43	.72	-2.04	.05
		femenino	97	2.63	.61		

Sobre la economía y el trabajo los resultados se muestran en la Tabla 4 que indica sentirse entre poco satisfecho y satisfecho. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en ninguno de los reactivos. Las medias muestran que esta población está poco satisfecha con su situación económica, ya que difícilmente cubren sus necesidades básicas, como son; alimentación, medicinas, vestido, transporte, entre otros aspectos.

Tabla 4

Diferencias de Bienestar Subjetivo por género en la esfera de la economía y el trabajo

No.	¿Qué tan satisfecho(a) se encuentra...?	Género	n	\bar{x}	s	t	p<.05
1	De poder atender a su familia	masculino	80	2.05	1.02	.02	ns
		femenino	86	2.04	1.07		
2	De poder seguir trabajando	masculino	77	1.38	1.21	-.84	ns
		femenino	70	1.55	1.17		
3	De tener dinero para cubrir sus necesidades de vestido	masculino	88	1.59	.99	-.19	ns
		femenino	100	1.62	1.03		
4	De tener dinero para cubrir sus necesidades de alimentación	masculino	92	1.68	.98	.40	ns
		femenino	99	1.62	1.00		
5	De tener dinero para poder pagar sus medicinas	masculino	89	1.67	.95	1.10	ns
		femenino	99	1.51	1.02		
6	De tener dinero para poder pagar el camión	masculino	84	1.77	.98	.00	ns
		femenino	88	1.77	1.00		
7	De tener dinero para poder apoyar económicamente a otros familiares	masculino	80	1.56	1.10	1.19	ns
		femenino	90	1.36	1.04		

Entre los adultos mayores principalmente para los que viven en pobreza extrema resulta muy importante la relación vecinal, ya que son los vecinos los que muchas veces los apoyan, desde hacer mandados, llevar un taco, prestar dinero y hacer favores. Si bien no se encontraron diferencias de género, los promedios alcanzados nos reflejan que están satisfechos en relación a los vecinos, aunque menos satisfechos con lo que ellos puedan corresponder. Los promedios más elevados son aquellos que tienen que ver con, “convivir y platicar con sus vecinos (hombres $\bar{x}=2.1$ y mujeres $\bar{x}=2.2$)”.

La funcionalidad física y actividades que se pueden considerar lúdica también fueron evaluadas. Las actividades donde se sienten poco satisfechos son aquellas que implican, “salir de su colonia” ya sea al centro de la ciudad u otros lugares de la ciudad (hombres $\bar{x}=1.70$ y mujeres $\bar{x}=1.69$), “pasear fuera de la ciudad (hombres $\bar{x}=1.67$ y mujeres $\bar{x}=1.60$)” o “ir a visitar a sus familiares (hombres $\bar{x}=2.1$ y mujeres $\bar{x}=1.8$)”. Podemos decir que esta insatisfacción está relacionada con la falta de recursos para el transporte, pero también con el hecho de que el anciano va reduciendo poco a poco su espacio de movilidad. No se encontraron diferencias de género.

Finalmente surgieron respuestas relacionadas con la salud y su actitud de servicio, en lo general los puntajes nos muestran que esta población se siente satisfecha, no se encontraron diferencias significativas. Los puntajes más elevados que se encontraron son; “por estar vivo (hombres $\bar{x}=2.47$ y mujeres $\bar{x}=2.34$)”, “estar tranquilo (hombres $\bar{x}=2.33$ y mujeres $\bar{x}=2.2$)”, también resultó elevado los puntajes relacionados con “servir a los semejantes (hombres $\bar{x}=2.2$ y mujeres $\bar{x}=2.38$)”.

Lo que los análisis anteriores nos muestran es que en las áreas donde los niveles de satisfacción difieren entre hombres y mujeres son la relación a la pareja y a la religión. Con respecto a la religión resultó ser la esfera de la vida donde se encuentra mayor satisfacción, esto también se reflejó en relación a los hijos y los nietos. En contraste fue la situación económica donde los niveles de satisfacción fueron los más bajos.

Con relación a la sintomatología depresiva, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres ($\bar{x}=11.96$; $s=9.22$) y mujeres ($\bar{x}=19.21$; $s=11.55$) ($t=-4.38$; $p<.000$), siendo ellas las que reportan niveles más elevados, que con base a los criterios de la escala utilizada CESD que nos indica que un puntaje mayor de 16 en la población en general se puede considerar que la persona presenta síntomas depresivos.

Reconociendo que existen estudios que reportan la relación entre el bienestar subjetivo y la depresión, se procedió a realizar análisis de correlación Producto Momento de Pearson entre los factores del bienestar subjetivo y la depresión, los resultados se presentan a continuación.

En lo que respecta a los hijos prácticamente se encontraron en ambos grupos relaciones negativas estadísticamente significativas pero de baja intensidad con un rango entre ($r= -.248$ hasta $r= -.382$) en todos los reactivos con

la escala de depresión, excepto para las mujeres en lo relacionado con la “salud de los hijos” (ver Tabla 5).

Tabla 5

Correlaciones de sintomatología depresiva por género con la esfera de hijos

No.	¿Qué tan satisfecho(a) se encuentra...?		Sintomatología depresiva Hombres	Sintomatología depresiva Mujeres
1	Del cariño de sus hijos	r	-.345**	-.283*
		p<	.01	.05
		n	71	80
2	De la salud de sus hijos	r	-.258*	-.083
		p<	.05	ns
		n	71	80
3	De convivir y platicar con sus hijos	r	-.355**	-.382**
		p<	.01	.01
		n	71	80
4	Del apoyo que recibe de sus hijos	r	-.248*	-.334**
		p<	.05	.01
		n	71	79
5	De darle consejos a sus hijos	r	-.287*	-.326**
		p<	.05	.01
		n	70	79
6	De poder ayudar a sus hijos	r	-.311**	-.294**
		p<	.01	.01
		n	68	78

En la Tabla 6 se muestran las correlaciones con respecto a los reactivos del factor de nietos con sintomatología depresiva, vemos que las correlaciones son similares a las encontradas en los hijos, pero ligeramente con menos fuerza y no todas ellas resultaron significativas estadísticamente. La relación más elevada tanto para hombres como para mujeres fue, “darle consejos a sus nietos (hombres $r=.33$; $p<.01$ y mujeres $r=.351$; $p<.01$)”.

Tabla 6

Correlaciones de sintomatología depresiva por género con la esfera de nietos

No.	¿Qué tan satisfecho(a) se encuentra...?		Sintomatología depresiva Hombres	Sintomatología depresiva Mujeres
1	Del cariño de sus nietos	r	-.316**	-.265*
		p<	.01	.05
		n	69	76
2	De la salud de sus nietos	r	-.348**	-.183
		p<	.01	ns
		n	69	75
3	De convivir y platicar con sus nietos	r	-.300*	-.346**
		p<	.05	.01
		n	69	75
4	Del apoyo que recibe de sus nietos	r	-.207	-.333**
		p<	ns	.01
		n	64	76
5	De darle consejos a sus nietos	r	-.331**	-.351**
		p<	.01	.01
		n	67	76
6	De poder ayudar a sus nietos	r	-.291*	-.338**
		p<	.05	.01
		n	67	74

En relación a la sintomatología depresiva y el factor pareja fue interesante observar que ninguna correlación resultó estadísticamente significativa ni para hombres ni para mujeres, además las correlaciones resultaron bajas. Esto nos lleva a pensar que en esta etapa de la vida y en las condiciones sociales que vive esta población, son los hijos y los nietos quienes en un momento dado favorecen el bienestar del adulto mayor, siempre y cuando el vínculo sea positivo.

Es interesante observar en la Tabla 7 que las correlaciones entre bienestar subjetivo y sintomatología depresiva con el factor religión resultaron ser más significativas entre los hombres a diferencia de las mujeres, quienes por otro lado reportaron estar más satisfechas con aspectos relacionados con la religión. Para los hombres las correlaciones negativas estadísticamente significativas fueron; “poder hacer la voluntad de Dios ($r=-.299$; $p<.01$)”, “enseñar a la familia sobre el amor a Dios ($r=-.318$; $p<.01$)”. En las mujeres las correlaciones fueron muy bajas y ninguna estadísticamente significativa.

Tabla 7
Correlaciones de sintomatología depresiva por genero con la esfera de religión

No.	¿Qué tan satisfecho(a) se encuentra...?		Sintomatología depresiva Hombres	Sintomatología depresiva Mujeres
1	De poder ir a misa	r	-.178	-.126
		p<	ns	ns
		n	72	81
2	De poder rezar	r	-.216	-.144
		p<	ns	ns
		n	73	83
3	De poder hacer la voluntad de Dios	r	-.299**	.038
		p<	.01	ns
		n	74	85
4	De enseñarle a su familia sobre el amor de Dios	r	-.318**	.038
		p<	.01	ns
		n	69	81

En relación a los reactivos sobre el trabajo y la economía con la sintomatología depresiva las correlaciones resultaron ser en su mayoría estadísticamente significativas. En cuanto a los aspectos de poder cubrir las necesidades económicas y apoyar a otros familiares, encontramos las más altas correlaciones con la sintomatología depresiva en las mujeres, por ejemplo, ($r = -.569$; $p < .000$) en “no poder apoyar a otros familiares”, correlaciones similares surgen en “no poder cubrir necesidades de vestido ($r = -.481$; $p < .000$)” y “no poder cubrir necesidades de alimentación ($r = -.411$; $p < .000$)”. Llama la atención que prácticamente tanto para hombres como para mujeres su estado de ánimo se ve afectado si no sienten que pueden cubrir sus necesidades básicas (ver Tabla 8).

Tabla 8
Correlaciones de sintomatología depresiva por género con la esfera de economía y trabajo

No.	¿Qué tan satisfecho(a) se encuentra...?		Sintomatología depresiva Hombres	Sintomatología depresiva Mujeres
1	De poder atender a su familia	r	-.282*	-.358**
		p<	.025	.002
		n	63	72
2	De poder seguir trabajando	r	-.339**	-.254
		p<	.007	ns
		n	62	56
3	De tener dinero para cubrir sus necesidades de vestido	r	-.253*	-.481**
		p<	.035	.000
		n	70	84
4	De tener dinero para cubrir sus necesidades de alimentación	r	-.226	-.411**
		p<	ns	.000
		n	73	83
5	De tener dinero para poder pagar sus medicinas	r	-.316**	-.348**
		p<	.007	.001
		n	71	83
6	De tener dinero para poder pagar el camión	r	-.228	-.361**
		p<	ns	.001
		n	68	75
7	De tener dinero para poder apoyar económicamente a otros familiares	r	-.158	-.569**
		p<	ns	.000
		N	63	75

En relación a los vecinos son a las mujeres a diferencia de los hombres las que más les es importante el convivir con ellos. Solo se encontraron relaciones significativas en el grupo de mujeres en los reactivos siguientes: “convivir y platicar con los vecinos” ($r=-.22$; $p<.05$), de igual manera del “cariño de estos mismos” ($r=-.29$; $p<.01$) y del “apoyo que recibe de ellos” ($r=-.27$, $p<.05$) con la sintomatología depresiva. Si bien son correlaciones bajas resultaron estadísticamente significativas.

En relación a los aspectos lúdicos y la funcionalidad física entendida está “como poder salir a caminar”, “realizar actividades diarias o visitar familiares” se encontró, que tanto en hombres como en mujeres la movilidad se correlacionó negativamente con la sintomatología depresiva. Entre las correlaciones más significativas encontradas fueron; “el poder hacer sus actividades diarias” tanto

para hombres ($r=-.44$; $p<.000$) como en mujeres ($r=-.61$; $p<.000$), poder caminar (hombres $r=-.34$; $p<.01$ y mujeres $r=-.49$; $p<.000$), poder ir a otros lugares de la ciudad (hombres $r=-.28$; $p<.05$ y mujeres $r=-.32$; $p<.01$), y visitar a sus familiares (hombres $r=-.24$; $p<.05$ y mujeres $r=-.43$; $p<.000$).

Finalmente la Tabla 9 nos muestra reactivos relacionados con la salud y actitud de servicio, fue interesante observar que los reactivos de “estar sano (hombres $r=-.47$; $p<.001$ y mujeres $r=-.69$; $p<.001$)”, “estar tranquilo (hombres $r=-.55$; $p<.001$ y mujeres $r=-.52$ $p<.001$)” y “estar vivo (hombres $r=-.32$ $p<.001$ y mujeres $r=-.46$; $p<.001$)” se relacionan negativamente con sintomatología depresiva y son las correlaciones más elevadas de los análisis.

Tabla 9

Correlaciones de sintomatología depresiva por genero con las esferas de salud y actitud de servicio

No.	¿Qué tan satisfecho(a) se encuentra...?		Sintomatología depresiva Hombres	Sintomatología depresiva Mujeres
1	De servir a sus semejantes	r	-.344**	-.256*
		$p<.05$	.003	.017
		n	72	86
2	De estar sano	r	-.470**	-.699**
		$p<.05$	.000	.000
		n	73	87
3	De estar tranquilo	r	-.551**	-.524**
		$p<.05$	.000	.000
		n	75	87
4	De estar vivo	r	-.320**	-.461**
		$p<.05$	.005	.000
		n	74	86
5	De poder resolver problemas	r	-.253*	-.443**
		$p<.05$	.032	.000
		n	72	85

Los resultados de las correlaciones nos muestran que los aspectos relacionados con la sintomatología depresiva tanto en hombres como en mujeres son reactivos relacionados con; los hijos, nietos, los vecinos, la salud, la religión y la economía principalmente.

Discusión

Como menciona González-Celis (2005) el concepto de bienestar subjetivo está relacionado a “como las personas califican su vida” haciendo un juicio entre las circunstancias que resultan ser satisfactorias o no satisfactorias. Es por ello que es importante mencionar que en esta investigación, los factores de bienestar subjetivo que se analizaron (hijos, nietos, pareja, religión, economía, trabajo,

vecinos, actividades lúdicas, funcionalidad física, salud y actitud de servicio) fueron determinadas por un grupo de adultos mayores de similares características a las de este estudio, mostrando así cuales son los factores relevantes que el adulto mayor considera para su propio bienestar.

Los hallazgos determinaron que lo más relevante para el bienestar del adulto mayor en condiciones de pobreza es; el cariño y la salud de los hijos y los nietos, la pareja, siendo más importante para los hombres que para las mujeres. Es interesante observar como el bienestar de esta población está en función de los otros, principalmente la familia, lo cual pone de manifiesto una vez más que en nuestro contexto sociocultural la familia es el eje central. Si bien hubo diferencia de género en algunos puntos específicos (pareja y religión) en lo general no se observaron a diferencia de lo observado por Mella, González, D'Appolonia, Maldonado, Fuenzalida, y Díaz (2004) en su estudio, donde el bienestar es mejor en las mujeres que en los hombres.

En relación a otras áreas como son los vecinos, las actividades lúdicas, la funcionalidad física y la actitud de servicio no se reportaron diferencias estadísticamente significativas de género, pero si resultaron ser significativas en su relación con la sintomatología depresiva principalmente en las mujeres.

Las correlaciones bivariadas entre bienestar subjetivo en relación a los hijos y nietos con la depresión fueron tanto en los hombres como en las mujeres estadísticamente significativas aunque de poca intensidad. La religión resultó ser un elemento relevante de bienestar principalmente en las mujeres, sin embargo en el caso de los hombres se relaciona de manera negativa con la sintomatología depresiva, resultados similares fueron encontrados por Maldonado y Ornelas (2006) quienes mencionan la importancia de la espiritualidad para disminuir la depresión. Las correlaciones realizadas entre bienestar y sintomatología depresiva resultaron negativas, estos hallazgos son consistentes con lo reportado por Mella y col. (2014)

A diferencia de lo reportado por Maldonado y Ornelas (2006) donde se menciona que el tener pareja se relaciona con menores niveles de sintomatología depresiva, en este estudio no parece haber relación entre el cariño, salud, convivencia y apoyo de la pareja con la depresión. Como ya se mencionó si se encontraron diferencias estadísticamente significativas de género con respecto a los niveles de satisfacción, siendo los hombres los que mencionan tener un mejor nivel de satisfacción a diferencia de las mujeres que sus niveles de satisfacción fueron menores. Esto nos refleja los roles culturales por un lado, pero también la etapa de vida en la que ya está viviendo esta población donde la mayoría de la población (72.1%) no trabajan y es por ello que para los hombres la relación de pareja cobra mayor importancia que para las mujeres.

Con respecto a la religión y su relación entre sintomatología depresiva y el "poder hacer la voluntad de Dios" y "enseñarle a su familia sobre el amor de Dios", se observaron relaciones negativas estadísticamente significativas, esto nos indica de cierta manera la importancia que tiene para esta población el poder transmitir creencias religiosas.

La precaria situación económica de no contar con dinero para sus necesidades básicas de vestido, alimentación, medicina, transporte entre otras,

tanto en hombres como en mujeres se relaciona negativamente con la sintomatología depresiva es decir entre menos satisfacción mayores niveles de sintomatología depresiva.

Finalmente, con base en los resultados podemos concluir la importancia que tienen los hijos, los nietos y la religión para favorecer el bienestar en los adultos mayores tanto en hombres como mujeres. La importancia para su bienestar de la relación de pareja en los hombres. La situación económica resultó ser un factor que deteriora el bienestar, esto resulta consistente con el hecho de la situación de pobreza de estos adultos mayores.

Referencias

- Belló, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora, M., Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México*, 47(4-11): (Fecha de consulta: 24 de junio de 2014) Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10609302>> ISSN 0036-3634.
- Berenzon, S., Lara, M., Robles, R. y Medina-Mora M. (2012). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México*, 55(1), 74-80 (Fecha de consulta: 25 de junio de 2014) Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/s0036-36342013000100011>. ISSN:00363634.
- Consejo Nacional der Evaluación de la política de Desarrollo Social (CONEVAL) (2013). Medición de la pobreza en México y en las entidades federativas 2012.
- Chávez-Ramírez, D., Zegbe, J., Sanchez-Morales, F., Castañeda-Iñiguez, M. (2014). Depresión en adultos mayores atendidos en instituciones públicas de salud en Zacatecas. *Revista de Educación y Desarrollo*. Abril-Junio, 73-78.
- Cuadros, A. (2013). Aproximación desde el Trabajo Social: depresión y Bienestar subjetivo en mayores institucionalizados vs no institucionalizados. *Documentos de Trabajo Social*, 52, 109-132 ISSN 1133-6552.
- Domínguez, M., Ocejo, A., y Rivera, M. (2013). Bienestar, Apoyo Social y Contexto Familiar de Cuidadores de Adultos Mayores. *Acta de Investigación Psicológica*, 3(1) 1018-1030.
- González-Celis, A. (2005). ¿Como mejorar la calidad de vida y el bienestar subjetivo de los ancianos? *En Garduño, Calidad de vida y bienestar subjetivo* (57-82). México: UDLA Puebla, CECAVI, PyV.
- Llobet M, Ávila N, Farràs Farràs J, Canut M. (2011). Calidad de vida, felicidad y satisfacción con la vida en personas ancianas de 75 años atendidas en un programa de atención domiciliaria. *Revista Latino-Am. Enfermagem*. 19(3) 2-8.
- Maldonado, M. y Ornelas, P. (2006). Religiosidad, fuerza personal y sintomatología depresiva en ancianos que viven en condiciones de pobreza extrema. En Salgado, N y Wong, R. (2006) *Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana: Un estudio en cuatro ciudades de México*. Instituto Nacional de Salud Pública.
- Martínez, I., Onís, M., Dueñas, R., Colomer, C., Aguado, C. y Luque, R. (2002). Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam* 12(10), 620-630.

- Mella, Rafael, González, Luis, D'Appolonio, Jorge, Maldonado, Ivonne, Fuenzalida, Alfredo, & Díaz, Andrea. (2004). Factores Asociados al Bienestar Subjetivo en el Adulto Mayor. *Psykhe (Santiago)*, 13(1), 79-89. Recuperado en 07 de julio de 2014, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282004000100007&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0718-22282004000100007.
- Reyes-Ortega, M., Soto-Hernández, A., Milla-Kegel, J., García-Ramírez, A., Hubard-Vignau, L., Mendoza-Sánchez, H., Mejía-Garza, L., García-Peña, M. y Wagner-Echeagaray, F. (2003). Actualización de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (ces-d). Estudio piloto en una muestra geriátrica mexicana. *Salud mental*, 26 (1), 59-68.
- Salinas-Rodríguez, M., Manrique-Espinoza, B., Acosta-Castillo, G., Franco-Núñez, A., Rosas-Carrasco, O., Gutiérrez-Robledo, L., y Sosa-Ortiz, L. (2014). Validación de un punto de corte para la versión breve de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos en adultos mayores mexicanos. *Salud Pública México* 56(3), 279-285.

Violencia de Pareja y Alexitimia en Mujeres Neoleonesas

José Moral de la Rubia¹ & Sandra Ramos Basurto*
Universidad Autónoma de Nuevo León, *Universidad Autónoma de Zacatecas

Resumen

Esta investigación tuvo como objetivos estimar los niveles de alexitimia y violencia de pareja (recibida y ejercida) en mujeres, asimismo estudiar la relación entre alexitimia y violencia. La escala de alexitimia de Toronto (TAS-20) y el Cuestionario de Violencia en la Pareja fueron aplicados a una muestra no probabilística de 118 mujeres mexicanas con pareja heterosexual. Se encontró alexitimia (TAS-20 \geq 61) en el 42% de las mujeres, violencia recibida en el 25% y de violencia ejercida en el 5%. La violencia recibida fue mayor que la ejercida. La alexitimia se asoció con la violencia, más con la violencia recibida que con la ejercida. Se observó un patrón de violencia reactiva en el que la alexitimia actúa como un factor de riesgo. Esto probablemente se deba a los problemas de ajuste y control que la alexitimia conlleva. Se aconseja evaluar la alexitimia en los estudios e intervenciones en violencia de pareja.

Palabras Clave: Alexitimia, Violencia de Pareja, Escolaridad, Mujeres, Sentimientos

Couple Violence and Alexithymia in Women from Nuevo Leon

Abstract

The aims of this paper were: 1) to estimate the levels of couple violence (received and exercised) and alexithymia among women, and 2) to study the relationship among alexithymia and violence. The Questionnaire of Couple Violence and the 20-item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) were applied to a non-probability sample of 118 Mexican women with a heterosexual partner. Mean of age was 35 years old ($SD = 10$) ranking from 18 to 57. Regarding marital status, 53 of 118 women (45%) reported being married, 28 (24%) separated, 21 (18%) in free union with a partner, 11 (9%) single, 4 (3%) divorced and 1 (1%) widow. Indices of received violence and exerted violence that vary from 0 to 100 were calculated multiplying reported frequency by reported damage. Comparisons of means for Student's t-test, linear correlations, linear regression and path analysis were used for data analysis. Alexithymia (TAS-20 total scores \geq 61) was found in 42% of women, received violence in 25% (scores of received violence index \geq 30), and exercised violence in 5% (scores of received violence index \geq 30). The mean of index of received violence was higher than the one of index of exerted violence ($t[117] = 4.15, p < .01$). Alexithymia was associated to violence. Its correlation was higher with received violence than with exerted violence. A reactive violence pattern was observed in which alexithymia acts as a risk factor. In this path model, alexithymia (TAS-20 total score) determined both the received damage as the index of exerted violence. The received damage determined the index of exerted violence. The variable of level of education was added as a determinant of the index of exerted violence, owing to model ran out degrees of freedom with only one variable exogenous (alexithymia). The model explained 21% of the variance of exerted violence and 19% of the variance of received damage with a close fit to the data ($\chi^2 [1, N = 118] = 0.14, p = .71, GFI = 1, AGFI = .99, NFI = 1, CFI = 1, \text{ and } RMSEA = 0$). This relationship among alexithymia and violence could probably be due to the adjustment and control problems that alexithymia involves. It is suggested to assess alexithymia in new studies and interventions in couple violence.

Keywords: Alexithymia, Couple Violence, Level of Education, Women, Feelings

Original recibido / Original received: 25/07/2014 Aceptado / Accepted: 22/12/2014

¹ Dr. José Moral de la Rubia, Profesor-investigador titular A de tiempo completo. Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Nuevo León. Correspondencia: c/Dr. Carlos Canseco 110. Col. Mitras Centro. Monterrey, NL, México. Tel. 8183338233. Ext. 423. Fax. Ext. 103. Correo electrónico: jose_moral@hotmail.com

Introducción

Los conflictos en la pareja constituyen en la actualidad un tema de interés particular en psicología, más aún cuando éstos son expresados a través de actos violentos. Un conflicto de pareja afrontado de forma inadecuada se cronifica y usualmente lleva a peleas, agresiones, distanciamiento y desamor (Díaz-Loving & Sánchez-Aragón, 2012). Las consecuencias de permanecer en un vínculo de violencia son muchas. Están aquéllas con un efecto directo sobre la salud mental, como estrés postraumático, ansiedad o depresión. Su severidad varía de acuerdo al tipo de maltrato, intensidad y frecuencia del mismo, convivencia con el maltratador, cercanía temporal de la violencia, así como haber sufrido malos tratos en la infancia (Armor, Echeburúa, Corral, Zubizarreta, & Sarasua, 2002). Además de las consecuencias psicopatológicas se pueden observar daños psicosociales, como dificultades para adaptarse al trabajo, estudio, vida social, tiempo libre o vida familiar (Domínguez, García, & Cuberos, 2008).

Con respecto a la alexitimia se han realizado investigaciones en violencia de pareja. Se define alexitimia como un rasgo de personalidad caracterizado por dificultades para identificar y expresar sentimientos, pobreza de la fantasía y pensamiento externamente orientado. El instrumento más empleado para su evaluación es la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). La alexitimia se encuentra entre el 15 y 22% de la población general evaluada con la TAS-20 y definida desde un punto de corte de 61 (Taylor, 2000).

Kniery (2002) evaluó las propiedades psicométricas de la escala TAS-20 en 262 hombres derivados por la corte a un programa de tratamiento de la violencia doméstica. Halló que sólo los dos primeros factores (dificultades para identificar y expresar emociones) se reproducían en análisis factorial y tenían consistencia interna alta. El tercer factor tuvo cargas y consistencia interna bajas. El nivel de escolaridad tuvo correlación inversa con la alexitimia, y el consumo de alcohol y comportamientos desadaptativos correlación directa. La media de la TAS-20 fue 47.81 ($DE = 13.32$) que es una media equivalente a la reportada por Bagby, Parker y Taylor (1994) con estudiantes universitarios varones ($M = 47.40$, $DE = 9.77$). Describió que los participantes tendían a eludir la expresión verbal de las emociones, como el mostrar culpa, y a negar o minimizar la responsabilidad, principalmente de la agresión física.

Swan y Snow (2006) formularon una hipótesis de mediación entre la violencia en la infancia y la violencia de pareja. Si la persona presenta alta impulsividad actuará como agresor y si presenta alta alexitimia como víctima. No obstante, Berzenski y Yates (2010), al poner esta hipótesis a prueba, hallaron que la violencia en la infancia tuvo un efecto directo e indirecto sobre la violencia tanto ejercida como recibida de la pareja. Contrario a la hipótesis, el efecto indirecto estuvo mediado por la impulsividad en ambas violencias, pero no por la alexitimia.

Reddy (2009) encontró niveles altos de dificultades para identificar y describir sentimientos en las mujeres sobrevivientes a violencia doméstica, sobre todo en aquéllas que habían sufrido abuso físico durante la adolescencia. No obstante, la correlación directa de la alexitimia con la violencia de pareja no fue estadísticamente significativa. La autora lo atribuye a un tamaño muestral pequeño y una varianza reducida de las puntuaciones de alexitimia.

El déficit en el procesamiento cortical de las emociones que conlleva la alexitimia dificulta un adecuado diálogo para la resolución de problemas, perpetúa los conflictos, mina la satisfacción y reduce la cohesión de la pareja (Taylor, 2000). Así se crea un ambiente propicio para la violencia. Si a esto se añade el ruido emocional que sufre la persona por el procesamiento subcortical intacto de los estresores (Martínez & Ato, 2011), los estallidos de violencia o la violencia como estrategia de control pueden aparecer, especialmente en respuesta a agresiones de parte del compañero íntimo.

La persona con alexitimia genera frustración y enojo en la pareja ante situaciones de conflictos y demandas de afecto por su dificultad para entender estas situaciones y dar respuestas efectivas (Espina, 2002), por lo que seguramente reciba hostilidad de su pareja. Moral (2008a) observó que la alexitimia era un factor de riesgo de desajuste marital, especialmente en hombres, junto con la depresión. Argumentaba que en la relación entre alexitimia, depresión y desajuste puede estar mediando la violencia ejercida por la pareja ante los conflictos no resueltos. Esta violencia genera indefensión e incrementa el desapego, lo que empeora el ajuste a la pareja.

Finalmente la alexitimia puede aparecer como consecuencia o ser agravada por una violencia intensa y de larga duración sufrida de parte de la pareja (Reddy, 2009), esto es, en situaciones de terrorismo íntimo en las cuales la violencia se emplea como una estrategia de control y sometimiento a través del miedo (Johnson, 2006).

Considerando a la alexitimia como una variable relevante para el estudio de la violencia de pareja, cuyo papel todavía no está del todo aclarado (Reddy, 2009), y teniendo en cuenta la importante de introducir en los modelos tanto la violencia recibida como la ejercida para evitar sesgo propio del campo de estudio, esto es el considerar a la mujer únicamente como víctima (Fiebert, 2010; Kimmel, 2002), esta investigación tiene como objetivos: 1) estudiar la relación entre la relación entre la alexitimia y la violencia recibida y ejercida, y 2) describir los niveles de alexitimia y de violencia recibida y ejercida en mujeres.

Método

Participantes

Se empleó una muestra no probabilística incidental de 118 mujeres. Como criterios de inclusión se requirió: saber leer y escribir, ser mayor de 18 años y tener una relación de pareja heterosexual de al menos 2 años de duración. La colecta de datos se hizo mediante un cuadernillo auto-administrado. Todo el trabajo de campo fue realizado por una psicóloga clínica con entrenamiento en investigación. Las participantes fueron contactadas en centros comerciales, parques, instituciones sociales, centros comunitarios vecinales y lugares de trabajo. Tras proporcionar el consentimiento informado para participar en el estudio, respondían al cuadernillo.

La media de edad en la muestra fue 35.01 años ($DE = 10.01$) con mínima de 18 y máxima de 57. Con respecto al estado civil, 53 de las 118 mujeres (45%) reportaron estar casadas, 28 (24%) separadas, 21 (18%) en unión libre, 11 (9%)

solteras, 43 (%) divorciadas y 1 (1%) viuda. La edad promedio al inicio de la relación actual fue de 22.58 años ($DE = 5.96$). El tiempo promedio de relación con la pareja actual fue de 11.70 años ($DE = 9.38$). La media de hijos fue 2, variando de 0 a 5 y no teniendo hijos 21 de las 118 mujeres (18%). En relación con la ocupación, 43 de las 118 participantes (37%) reportaron ser amas de casa, 32 (27%) empleadas de oficina o ventas, 24 (20%) empleadas manuales, 8 (7%) profesionistas, 5 (4%) desempleadas, 4 (3%) estudiantes y 2 (2%) tener negocio propio. Respecto de la escolaridad, 20 de las 118 mujeres (17%) indicaron tener estudios de primaria, 38 (32%) de secundaria, 43 (37%) de media superior y 17 (14%) superiores. Con respecto a la clase social, 41 de las 118 participantes (35%) se definieron de clase baja, 27 (23%) media-baja, 42 (35%) media-media, 7 (6%) media-alta y 1 (1%) alta.

Instrumentos

Escala de Alexitimia de Toronto de 20 reactivos (20- ítem Toronto Alexithymia Scale [TAS-20]; Bagby et al., 1994). Fue validada en población mexicana por Moral (2008b). Consta de 20 ítems con un rango de 6 puntos (de 0 “totalmente en desacuerdo” a 5 “totalmente de acuerdo”). Por el método de factorización de ejes principales y rotación Varimax presentó una estructura de tres factores ortogonales que explicaron 30% de la varianza total: 1) dificultad para expresar sentimientos (DES) con 5 indicadores (ítems 2, 4, 11, 12 y 17) y consistencia interna alta ($\alpha = .80$), 2) dificultad para identificar sentimientos (DIS) con 7 indicadores (ítems 1, 3, 6, 7, 9, 13 y 14) y consistencia interna alta ($\alpha = .78$) y 3) pensamiento externamente orientado (PEO) con 8 indicadores (ítems 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19 y 20) y consistencia interna baja ($\alpha = .53$). La distribución de la escala se ajustó a una curva normal con media de 24.90 y desviación estándar de 12.27 dentro de un rango potencial de 0 a 100, mostró una consistencia interna alta ($\alpha = .82$) y estabilidad temporal a los 6 meses ($r = .71$) (Moral, 2008b).

Cuestionario de violencia en la pareja de Moral y Ramos (2014). Fue desarrollado para este estudio partiendo del estudio de Moral y López (2012). Está integrado por dos escalas. Por una parte está la escala que evalúa violencia recibida de la pareja. Se compone de 27 ítems directos. Se responden en relación con la frecuencia y el daño recibido en un rango de 5 puntos (de 1 “nunca” o “ninguno” a 5 “siempre” o “mucho”) en aspectos de violencia física, psicológica, social, económica y sexual. Se obtienen dos puntuaciones, una de frecuencia de actos de violencia recibidos y otra de daño recibido, ambas con un rango de 27 a 135. Una mayor puntuación refleja mayor victimización. Para obtener una puntuación total primero se multiplican ambas puntuaciones (frecuencia x daño), segundo se resta 729 (valor mínimo potencial), tercero se divide por 17,496 (valor máximo – mínimo potenciales) y cuarto se multiplica por 100, con lo que se obtiene un índice de violencia recibida que varía de 0 a 100. Los valores de consistencia interna de los 27 ítems de frecuencia y los 27 de daño fueron altos ($\alpha = .95$ en ambos). Por otra parte está la escala que evalúa violencia ejercida contra la pareja. Se compone de 12 ítems directos. Se responden en relación con la frecuencia y el daño provocado en un rango de 5 puntos (de 1 “nunca” o “ninguno”

a 5 “*siempre*” o “*mucho*”) en aspectos de violencia física, psicológica, social, económica y sexual. Se obtienen dos puntuaciones, una de frecuencia de actos violentos perpetrados y otra de daño ocasionado, siendo el rango de la puntuación total de 12 a 60. Una mayor puntuación refleja que mayor violencia ejercida contra la pareja. Para obtener una puntuación total primero se multiplican ambas puntuaciones (frecuencia x daño), segundo se resta 144 (valor mínimo potencial), tercero se divide por 3,456 (máximo – mínimo) y cuarto se multiplica por 100, con lo que se obtiene un índice de violencia ejercida que varía de 0 a 100. Los valores de consistencia interna de los 12 ítems de frecuencia y los 12 de daño fueron altos (.82 y .80, respectivamente).

En ambos índices valores menores que 30 reflejan ausencia o baja violencia, entre 30 y 69 presencia de violencia significativa y mayores o iguales que 70 severa.

Debe señalarse que los valores de consistencia interna altos indican unidimensionalidad en las 4 escalas de violencia. El número de componentes de la matriz de correlaciones de las 4 escalas de violencia fue 2 por el criterio de Kaiser (autovalores mayores que 1). Estos 2 componentes explicaron el 91.1% de la varianza total. Tras la rotación no ortogonal por el método Oblimín, el primer componente fue de violencia sufrida (frecuencia y daño) y un segundo componente fue de violencia ejercida (daño y frecuencia). La correlación entre ambos componentes fue significativa, positiva y moderada ($r = .30, p < .01$).

Procedimiento

Se realizó un estudio descriptivo-correlacional con un diseño ex post facto transversal y un muestreo no probabilístico. Se solicitó el consentimiento de informado para la participación en el estudio. Se garantizó el anonimato y confidencialidad de la información. Así, se siguieron las normas éticas de investigación de la Sociedad Mexicana de Psicología (2007).

Análisis de datos

Se compararon las medias de los índices de violencia recibida y ejercida por la prueba *t* de Student para muestras emparejadas. Se calcularon correlaciones por el coeficiente producto-momento de Pearson, dos modelos de regresión por el método de entrada forzada y modelos de análisis de senderos por máxima verosimilitud. Una correlación menor que .30 se consideró baja, de 30 a .69 moderada y mayor o igual que .70 alta. El nivel de significación en la pruebas de contraste se estipuló en .05.

Se contemplaron siete índices de ajuste en el análisis de senderos: prueba chi-cuadrado (χ^2), cociente entre el estadístico chi-cuadrado y sus grados de libertad (χ^2/gl), índice de bondad de ajuste (GFI) y su modalidad corregida (AGFI), índice normado (NFI) y comparativo de ajuste (CFI) y error cuadrático medio de aproximación (RMSEA). Se estipularon como valores de buen ajuste para los índices: $p \geq .05$ para χ^2 , $\chi^2/gl \leq 2$, $GFI \geq .95$, $AGFI$, NFI y $CFI \geq .90$ y $RMSEA \leq .05$; y como valores adecuados: $p \geq .01$, para χ^2 , $\chi^2/gl \leq 3$, $GFI \geq .85$, $AGFI$, NFI y $CFI \geq .80$ y $RMSEA \leq .09$ (Kline, 2010). La potencia de los modelos de senderos se estimó desde la *RMSEA*. Se calculó con un nivel de significación de .05. Se

empleó como hipótesis nula el valor medio del modelo independiente y como hipótesis alternativa el valor medio del modelo contrastado (Preacher & Coffman, 2006).

Resultados

Descripción del nivel de alexitimia

La consistencia interna de los 20 ítems de la TAS-20 fue alta ($\alpha = .87$), al igual que sus dos primeros factores: (.87 para DIS y .79 para DES), pero fue baja la del tercero ($\alpha = .37$). La distribución de la puntuación total se ajustó a una curva normal ($Z_{K-S} = 0.76$, $p = .65$) de media 46.17 y desviación estándar 18.99. Esta media (46.17, 95% IC: 42.71, 49.63) fue significativamente mayor que la reportada por 381 estudiantes mexicanos de psicología (24.90, 95% IC: 23.66, 26.13) (Moral, 2008b) y 100 parejas casadas mexicanas (36.72, 95% IC: 34.42, 39.02) (Moral, 2009) de ambos sexos, pero significativamente menor que la reportada por 3,170 estudiantes de media superior (51.10, 95% IC: 50.44, 51.77) (Moral, 2011), coincidiendo en los cuatro estudios el mismo formato de aplicación y el rango potencial de 0 a 100 de la TAS-20.

Para emplear el punto de corte de 61 sugerido por Taylor (2000), que es el más usado, se requirió pasar el rango de los ítems de 0 a 5 (3 puntos en cada polaridad sin valor intermedio) a un rango de 1 a 5 (dos puntos en cada polaridad con punto intermedio). A tal fin se recodificó: 0 = 1, 1 = 2, 2 = 3, 3 = 3, 4 = 4 y 5 = 5. Tras esta recodificación la media fue 56.93 (95% IC: 54.26, 59.59) y desviación estándar de 14.61. Esta media fue significativamente mayor ($t[117] = 6.78$, $p < .01$) que la reportada por Kniery (2002) con una diferencia media de 9.11 (95% IC: 6.45, 11.78) en un rango de 20 a 100. El 58% (68 de 118) de las mujeres no fueron casos de alexitimia y 42% (50 de 118) sí.

Descripción de los niveles de violencia recibida y ejercida

La consistencia interna de los 27 ítems de frecuencia de violencia recibida fue alta ($\alpha = .96$), al igual que los 27 ítems de daño recibido ($\alpha = .95$). La consistencia interna de los 12 ítems de frecuencia de violencia ejercida también fue alta ($\alpha = .70$) y la de los 12 ítems de daño provocado fue adecuada ($\alpha = .68$).

El 75% de las participantes tuvieron una puntuación menor que 30 en el índice de violencia recibida (ausencia o baja violencia), 23% de 30 a 69 (violencia significativa) y 2% 70 o mayor (severa). Su media fue 18.62 (95% IC; 14.74, 22.50), lo que correspondió a un nivel de baja violencia. La distribución mostró asimetría positiva ($S = 1.18$, $EE = .22$), esto es, mayor concentración de valores por debajo de la media que por encima.

El 95% de las participantes tuvieron un índice de violencia ejercida menor que 30 (baja), 5% entre 30 y 69 y ninguna mayor que 70. Su media fue 10.60 (95% IC; 8.94, 12.25), lo que correspondió a un nivel de baja violencia. La distribución mostró asimetría positiva ($S = 1.34$, $EE = .22$) y apuntamiento ($C = 1.79$, $EE = .44$), esto es, se concentró en los valores bajos.

El promedio de violencia recibida fue significativamente mayor que el de ejercida ($t[117] = 4.15, p < .01$) con una diferencia media de 8.02 (95% IC: 4.19, 11.86) en un rango de 0 a 100.

Correlaciones entre alexitimia y violencia y entre violencia recibida y ejercida

La puntuación total de la TAS-20 tuvo correlación significativa, positiva y moderada con daño recibido ($r = .44, p < .01$) y frecuencia de la violencia recibida ($r = .39, p < .01$). También la correlación fue significativa, positiva y moderada, aunque de menor magnitud, con daño causado ($r = .34, p < .01$) y frecuencia de la violencia ejercida ($r = .31, p < .01$). Cuando se calcularon las correlaciones de los tres factores de la TAS-20 con la violencia, éstas fueron significativas y positivas, variando de .19 a .39. La dificultad para identificar sentimientos fue el factor de la TAS-20 con correlaciones más altas. Dentro de la violencia recibida las correlaciones fueron mayores con daño que con frecuencia. Dentro de la violencia ejercida hubo un mayor equilibrio en las correlaciones con daño y frecuencia. Al considerar los índices de violencia, los valores de correlación se incrementaron en el índice de violencia ejercida en comparación con sus dos componentes (véase Tabla 1).

Tabla 1
Correlaciones entre alexitimia y violencia

Alexitimia	Violencia en la pareja					
	Recibida			Ejercida		
	Frecuencia	Daño	Índice	Frecuencia	Daño	Índice
TAS-20	.39**	.44**	.39**	.31**	.34**	.37**
DIS	.36**	.39**	.37**	.31**	.29**	.33**
DES	.30**	.37**	.31**	.19*	.32**	.31**
PEO	.28**	.32**	.28**	.24**	.23*	.25**

Nota: N = 118. **. La correlación es significativa a un nivel menor o igual que .01 (bilateral). *. La correlación es significativa a un nivel menor o igual que .05 (bilateral). DIS = Dificultad para identificar sentimientos, DES = Dificultad para expresar sentimientos y PEO = Pensamiento externamente orientado.

Las correlaciones entre la violencia recibida y ejercida fueron significativas y directas, variando de .36 a .21 (véase Tabla 2).

Tabla 2
Correlaciones entre violencia recibida y ejercida

Violencia recibida	violencia ejercida		
	Frecuencia	Daño	Índice
Frecuencia	.24**	.21*	.23*
Daño	.34**	.34**	.36**
Índice	.22*	.24**	.24**

Nota: N = 118. **. La correlación es significativa a un nivel menor o igual que .01 (bilateral). *. La correlación es significativa a un nivel menor o igual que .05 (bilateral).

Modelos de regresión lineal de violencia

Se estimaron dos modelos de regresión: uno para predecir daño recibido desde la puntuación total de la alexitimia y el índice de violencia ejercida; y otro para predecir el índice de violencia ejercida desde la puntuación total de la alexitimia y el daño recibido. En el primero se explicó el 22% de la varianza del daño recibido con mayor peso de la alexitimia ($\beta = .35$) que del índice de violencia ejercida ($\beta = .23$). En el segundo se explicó el 17% de la varianza del índice de violencia ejercida con un peso equivalente de la alexitimia ($\beta = .26$) y el daño recibido ($\beta = .25$). En ambos modelos los dos predictores fueron significativos. Los modelos presentaron cierta colinealidad como fue indicado por el descenso del valor del coeficiente de correlación de cada predictor con la variable predicha al parcializarse el efecto del otro predictor en el modelo (9 ó 12 décimas) y por los valores de tolerancia (Tol.) e inflación de varianza (FIV) ligeramente alejados de 1 (Tol. > .80 y FIV < 1.25) (véase Tabla 3).

Tabla 3
Modelos de regresión lineal para predecir daño recibido y violencia ejercida

Modelo		Coeficientes		Significación			Colinealidad			
V. Predicha	V. Predictoras	B	EE	B	t	p	r	rp	Tol	FIV
Daño recibido	Constante	26.15	6.52		4.01	< .01				
	Violencia ejercida	0.77	0.29	.23	2.64	.01	.36	.24	.87	1.15
Violencia ejercida	TAS-20	0.56	0.14	.35	4.03	< .01	.44	.35	.87	1.15
	Constante	0.45	2.17		0.21	.84				
	Daño recibido	0.07	0.03	.25	2.64	.01	.36	.24	.81	1.24
	TAS-20	0.12	0.05	.26	2.74	< .01	.37	.25	.81	1.24

Nota: N = 118.

Modelos de análisis de senderos de violencia

Se contrastó un modelo de violencia reactiva en el que la alexitimia determinó tanto el daño recibido como la violencia ejercida, el daño recibido determinó ejercicio de violencia. Se añadió la escolaridad como determinante de violencia ejercida, ya que el modelo con una sola variable exógena (alexitimia) quedaba sin grados de libertad. Se especificaron las dos variables exógenas como correlacionadas.

La curtosis multivarada de Mardia fue negativa y mayor que -10 (-1.04) y su razón crítica mayor que -3 (-0.82), por lo que parece cumplirse el supuesto de normalidad multivariada. Así se optó por el método de máxima verosimilitud para estimar la función de discrepancia. Todos los parámetros fueron significativos con un nivel de significación de .05. Se explicó el 21% de violencia ejercida y 19% de la varianza de daño recibido. El ajuste a los datos fue bueno ($\chi^2[1, N=118] = 0.14$, $p = .71$, $\chi^2/gf = 0.14$, $GFI = 1$, $AGFI = .99$, $NFI = 1$, $CFI = 1$ y $RMSEA = 0$) (véase Figura 1). La potencia del contraste fue alta ($\phi = .86$) desde la RMSEA, tomando el valor medio del modelo independiente (.29) como hipótesis nula y el valor medio del modelo contrastado (0) como alternativa.

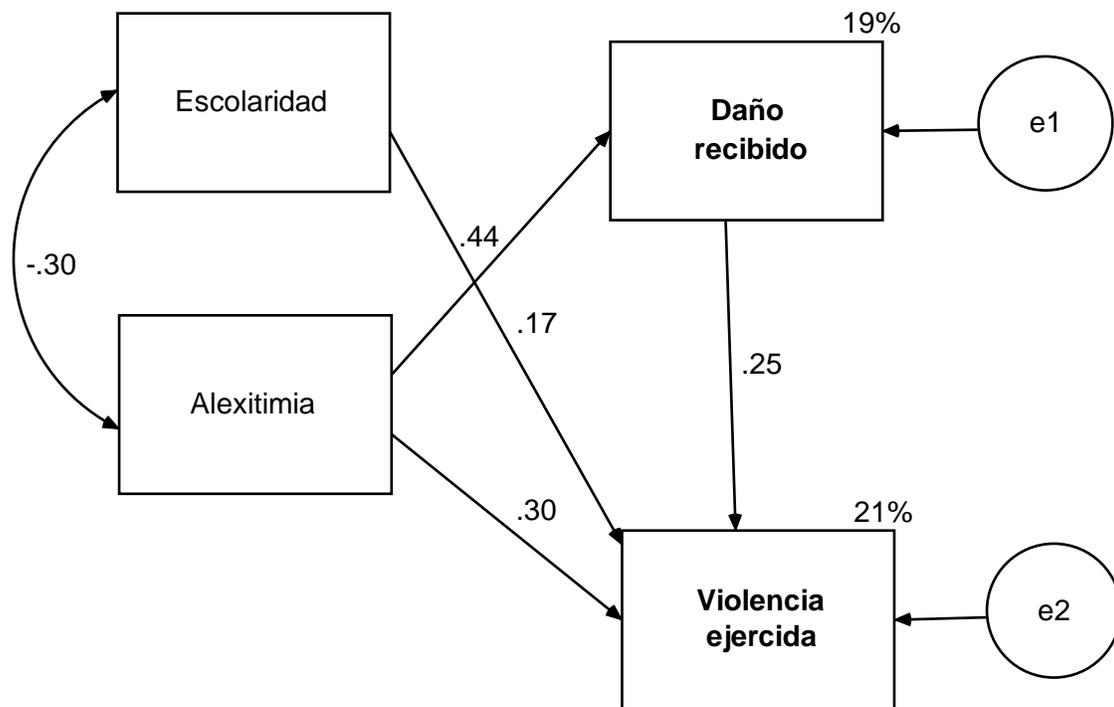


Figura 1. Modelo de violencia reactiva con la alexitimia como factor de riesgo de recibir violencia.

Por los niveles altos de alexitimia y violencia recibida cabría conjeturar que estas mujeres se asemejan a las víctimas de violencia y que la alexitimia podría ser un estado o un rasgo agravado como consecuencia del daño sufrido por parte de una pareja violenta. Al definir la alexitimia como variable endógena determinada por escolaridad y daño recibido, mantener el daño recibido como consecuencia de la alexitimia rasgo (relación no recursiva o bidireccional) y la violencia ejercida como consecuencia de alexitimia (posible déficit de control de impulsos) y el daño recibido, se obtuvo que la vía de la alexitimia hacia el daño psicológico fue directa ($\beta = .54$) y significativa con nivel de significación de $.10$ ($p = .06$), pero la vía del daño psicológico hacia la alexitimia fue negativa ($\beta = -.13$) y claramente no significativa ($p = .73$). Esto sugiere que la alexitimia parece actuar como factor de riesgo y no como consecuencia.

Debido a que este modelo carece de grados de libertad y tiene dos vías no significativas con un nivel de significación de $.05$ se eliminó una de ellas (del daño a la alexitimia que es la vía que se desea poner a prueba). Así resultó un modelo recursivo de violencia reactiva donde la alexitimia es causada por el daño psicológico y la baja escolaridad. El daño psicológico queda como variable exógena. La violencia ejercida es determinada por la baja escolaridad y la alexitimia. La solución fue admisible, todos los parámetros fueron significativos, se explicó el 22% de la varianza de la alexitimia y la violencia ejercida, pero el ajuste fue peor que en el modelo anterior ($\chi^2[1, N=118] = 2.98, p = .09, \chi^2/gf = 2.98, GFI = .99, AGFI = .88, NFI = .95, CFI = .97$ y $RMSEA = .13$). La potencia del contraste fue baja ($\phi = .53$) desde la $RMSEA$ ($.29$ como hipótesis nula y $.13$ como alternativa).

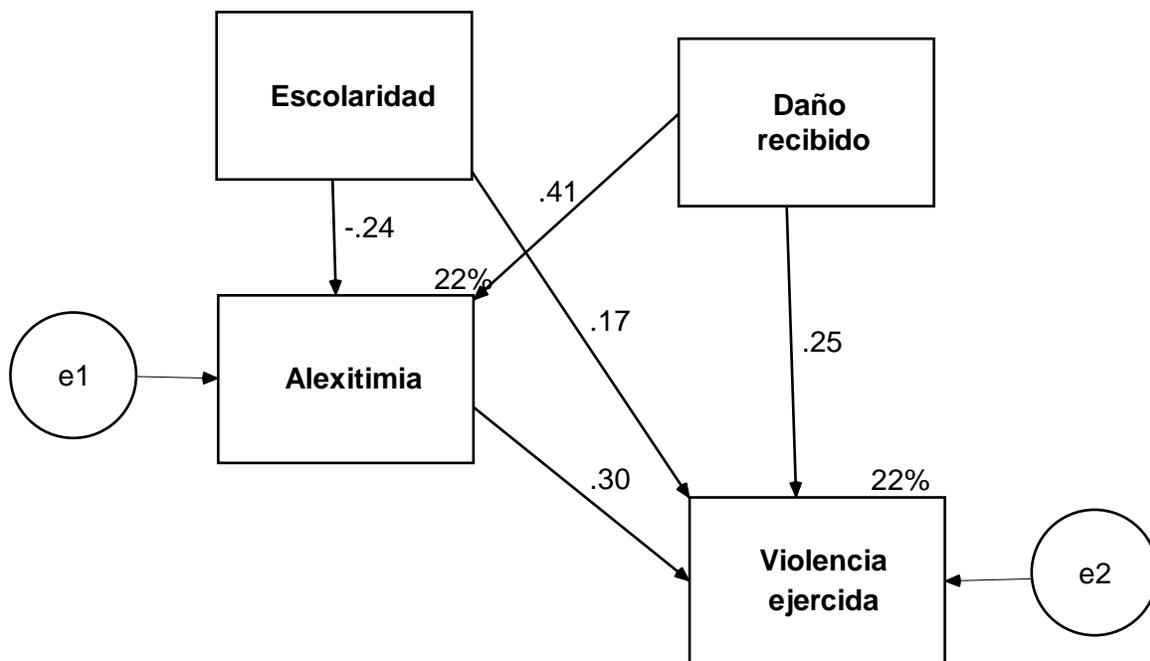


Figura 2. Modelo de violencia reactiva con la alexitimia como consecuencia del daño psicológico.

Discusión

A pesar de que el promedio en el índice de violencia recibida es bajo, un cuarto de las mujeres reportan sufrir niveles significativos de violencia y 5% reportan ejercer niveles significativos de violencia, siendo mayor la violencia recibida de la pareja que la ejercida contra la misma. El hecho de recibir más violencia que perpetrarla es concordante con otros estudios centrados en mujeres (Castro & Casique, 2005; Johnson, 2008; Ramos & Saltijeral, 2008), pero está en contraposición a otras investigaciones en las que se señala que la mujer tienden a incrementar el reporte de ejercicio de violencia y el hombre a minimizarlo dando lugar a una equivalencia de promedio de violencia entre ambos sexos (Moreno, 1999) o mayor victimización masculina en relación con una violencia de baja frecuencia o intensidad en ambos sexos (Archer, 2002; Moral, López, Díaz-Loving, & Cienfuegos, 2011).

Debe señalarse que el nivel de violencia recibida aparentemente alto en la presente muestra de mujeres mexicanas de población general corresponde al hallado en muestras poblacionales. Según Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares en México, 42% de las mujeres de 15 años y más años reportaron violencia psicológica perpetrada por su pareja actual o de su última relación, 25% económica, 14% física y 7% sexual (INEGI-INMUJERES, 2012). Por lo tanto parece que las presentes mujeres se reconocen más como víctimas que como agresoras dentro de la pareja.

El nivel de alexitimia fue alto y claramente alejado de intervalo de 15 a 22% estimado para población general (Taylor, 2000) y el reportado por Kniery (2002) entre hombres maltratadores en tratamiento. Se aproximó a los porcentajes de mujeres víctimas de violencia de Reedy (2009) y de hombres maltratadores de Dobson (2005), que son del doble o más que en población general.

La alexitimia, tal como se esperaba, está asociada con la violencia en la pareja, sobre todo con el daño recibido, pero también con la frecuencia de actos violentos propios y daño ocasionado a la pareja. Esto contrasta con otros estudios de población de maltratadores (Dobson, 2005) o víctimas (Reddy, 2009), en los que no se halló correlación por tamaños muestrales reducidos y limitada variabilidad de las puntuaciones de alexitimia (rasgos muy destacados).

La dificultad para identificar los sentimientos fue el factor de la alexitimia más sobresaliente en la relación con la violencia, seguido por la dificultad para expresar los sentimientos. El pensamiento externamente orientado fue el factor menos correlacionado con la violencia. Esto es congruente con otros estudios sobre violencia (Kniery, 2002; Rueda, Pérez, Sanjuán, & Ruiz, 2006) y campos de aplicación del constructo (Taylor, 2000). Por este perfil correlacional la alexitimia en su relación con la violencia de pareja parece que se asocia más con los tipos de alexitimia-introversión y alexitimia-malestar emocional definidos por Chen, Xu, Jing y Chan (2011) que con el tipo de alexitimia-extroversión. Probablemente en las mujeres con alexitimia que sufren maltrato o ejercen violencia (esencialmente reactiva) habrá una mayor propensión a los trastornos por internalización (Reedy, 2009).

Los modelos de regresión reflejan que la alexitimia es un predictor tanto de daño recibido como violencia ejercida. En la predicción del daño recibido, la

violencia ejercida contra la pareja tendría más peso que la alexitimia. En la predicción de la violencia ejercida, la alexitimia tendría un peso semejante al daño recibido. Así los datos parecen sugerir un modelo de violencia reactiva (Johnson, 2006). Al contrastar éste por análisis de senderos, introduciendo también la escolaridad se obtiene un modelo con una solución admisible, todas las vías significativas y buen ajuste a los datos, explicándose un quinto de la varianza de ambas violencias. El modelo refleja que las mujeres con menor escolaridad muestran más alexitimia y ejercen más violencia. La alexitimia es determinante de daño recibido. La alexitimia y el daño recibido son determinantes del ejercicio de la violencia. Así las mujeres con menos recursos cognitivo-afectivos reciben más violencia probablemente por su incapacidad para resolver problemas de convivencia. El daño recibido motiva que reaccionen violentamente, especialmente si la alexitimia está presente. Esto probablemente se deba a los problemas de control de los impulsos violentos que conlleva el déficit cognitivo-afectivo propio de la alexitimia (Rueda et al., 2006) ante una reactividad vegetativa intacta (Martínez & Ato, 2011).

Debe señalarse que si la vía de relación entre daño recibido y la violencia ejercida se pone doble (modelo no recursivo o bidireccional), el daño recibido actúa como determinante directo y con más peso sobre la violencia ejercida ($\beta = .44$); y la violencia ejercida actúa como determinante inverso y con menor peso sobre el daño psicológico ($\beta = -.20$). Ambos parámetros no son significativos y el modelo carece de grados de libertad, por lo que no se contempló. No obstante, los parámetros con signos opuestos y el mayor peso del daño recibido indican que no existe un círculo vicioso de violencia, sino que ésta es esencialmente reactiva.

Los datos también parecen indicar que la alexitimia es un rasgo que actúa como factor de riesgo y no un estado consecuencia del daño sufrido (síntomas de estrés postraumático).

Como limitaciones del estudio debe señalarse el carácter no probabilístico de la muestra. Así toda generalización debe manejarse como una hipótesis aplicable a una población semejante de mujeres mexicanas de población general.

En conclusión, la mayoría de las mujeres encuestadas viven relaciones de pareja libres de violencia, pero ésta sí está presente en un cuarto de ellas, reconociéndose más como víctimas y que como agresoras. El nivel de alexitimia es alto y próximo a personas que viven relaciones violentas. Existe una asociación entre alexitimia y violencia. Dentro de la alexitimia la asociación con violencia se da más en los factores de dificultad para identificar y expresar emociones, siendo la asociación más fuerte con la violencia recibida con que violencia ejercida. La alexitimia parece actuar como un factor de riesgo para recibir violencia de la pareja. Esta violencia recibida desencadena una reacción violenta, pero finalmente no se da un círculo vicioso de violencia. El modelo de violencia que mejor se ajusta a los datos es de violencia reactiva con la alexitimia como factor de riesgo.

Se aconseja contemplar la alexitimia en la evaluación y tratamiento de las mujeres que viven relaciones violentas, asimismo su inclusión en los estudios de violencia de pareja. Debe considerarse que la alexitimia afecta a otras variables que impactan en la violencia de pareja, como ajuste marital (Espina, 2002; Moral, 2008a), depresión (Honkalampi et al., 2000), ansiedad (Karukivi et al., 2010),

modulación de la ira (Rueda et al., 2006) y sexismo (Garaigordobil, 2013). Así sería importante contemplarlas en la especificación y contraste de modelos.

Desde estos datos cabe preguntarse si los niveles altos de alexitimia y violencia son consecuencia de la violencia que vive México en un contexto de enfrentamiento al crimen organizado (Salazar & Curiel, 2011); o son efecto de estilos que crianza que incurren en negligencia emocional, al ser una de las causas más importantes de alexitimia evidenciada por la investigación empírica (Aust, Härtwig, Heuser, & Bajbouj, 2012).

Referencias

- Archer, J. (2002). Sex differences in physically aggressive acts between heterosexual partners: A meta-analytic review. *Aggression and Violent Behavior, 7*(5), 313-351. DOI: 10.1037//0033-2909.126.5.651.
- Armor, P. J., Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I., & Sarasua, B. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud, 2*(2), 227-246.
- Aust, S., Härtwig, E. A., Heuser, I., & Bajbouj, M. (2012). The role of early emotional neglect in alexithymia. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 5*(3), 225-232. DOI:10.1037/a0027314
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor G. J. (1994). The twenty-item Toronto alexithymia scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research, 38*(1), 23-32. DOI:10.1016/0022-3999(94)90005-1.
- Castro, R., & Casique, I. (2005). Violencia de pareja contra las mujeres en México: una comparación entre encuestas recientes. *Notas de Población, 35*(87), 35-61.
- Chen, J., Xu, T., Jing, J., & Chan, R. (2011). Alexithymia and emotional regulation: A cluster analytical approach. *BMC Psychiatry, 11*(33), 2-6. DOI:10.1186/1471-244X-11-33.
- Cohen, J., Cohen, P., West, S. G., & Aiken, L. S. (2003). *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences* (3rd ed.). Mahwah, NJ: Psychology Press.
- Díaz-Loving, R., & Sánchez-Aragón, R. (2002). *Psicología del amor: una visión integral de la relación de pareja*. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Dobson, W. (2005). *Relationship between alexithymia, depression, anxiety and the propensity to abusiveness in male batterers*. Tesis Doctoral. Fresno, CA: California School of Professional Psychology, Alliant International University.
- Domínguez, J. M., García, P., & Cuberos, I. (2008). Violencia contra las mujeres en el ámbito doméstico: Consecuencias sobre la salud Psicosocial. *Anales de Psicología, 24*(1), 115-120.
- Espina, A. (2002). Alexitimia y relaciones de pareja. *Psicothema, 14*(4), 760-764.
- Fiebert, M. S. (2010). References examining assaults by women on their spouses or partners: an annotated bibliography. *Sexuality and Culture, 14*(1), 49-91. DOI:10.1007/s12119-009-9059-9.

- Garaigordobil, M. (2013). Sexismo y alexitimia: Correlaciones y diferencias en función del género, la edad, y el nivel de estudios. *Anales de Psicología*, 29(2), 368-377. DOI:10.6018/analesps.29.2.132261.
- Honkalampi, K., Koivumaa, H., Antikainen, R., Haatainen, K., Hintikka, J., & Vinamaky, H. (2004). Relationships among alexithymia, adverse childhood experiences, sociodemographic variables, and actual mood disorder: A 2 year clinical follow-up study of patients with major depressive disorder. *Psychosomatics* 45(3), 197-204. DOI:10.1176/appi.psy.45.3.197.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática e Instituto Nacional de las Mujeres (2012). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2011*. Aguascalientes: INEGI-INMUJERES.
- Johnson, M. P. (2006). Violence and abuse in personal relationships: Conflict, terror, and resistance in intimate partnerships. En A. L. Vangelisti & D. Perlman (Eds.), *Cambridge handbook of personal relationships* (pp. 557-576). Cambridge: Cambridge University Press. DOI:10.1017/CBO9780511606632.031.
- Karukivi, M., Hautala, L., Kaleva, O., Haapasalo-Pesu, K. M., Liuksila, P. R., Joukamaa, M., & Saarijärvi, S. (2010). Alexithymia is associated with anxiety among adolescents. *Journal of Affect Disorders*, 125(1-3), 383-387. DOI:10.1016/j.jad.2010.02.126.
- Kimmel, M. S. (2002). Gender symmetry in domestic violence: A substantive and methodological research review. *Violence against Women*, 8(11), 1332-1363. DOI:10.1177/107780102237407.
- Kline, R. B. (2010). *Principles and practice of structural equation modeling* (3rd ed.). New York: The Guilford Press.
- Kniery, B. (2002). *Examining the psychometric properties of the Toronto Alexithymia Scale-20 with a sample of domestic violence offenders* (Tesis Doctoral). Minneapolis, MN: Walden University.
- Martinez, F., & Ato, G. (2011). Sympathetic reactivity to experimentally induced stress in alexithymia. *Anales de Psicología*. 27(3), 757-762.
- Moral, J. (2008a). Modelos predictivos y de senderos de ajuste diádico por género en parejas casadas. *Revista Ciencia UANL* 11(2), 185-192.
- Moral, J. (2008b). Propiedades psicométricas de la Escala de Alexitimia de Toronto de 20 reactivos en México. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 11(2), 97-114.
- Moral, J. (2009). Validación en México de Escala de Alexitimia de Toronto de 20 reactivos (TAS-20) y su aplicación al estudio del alcoholismo. En J. Moral & J. Álvarez (compiladores), *De la salud a la enfermedad. Hábitos tóxicos y alimenticios* (pp. 23-100). México: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Moral, J. (2010). A study of personality traits in undergraduates: alexithymia and its relationship to the psychological deviate. En M. Frías & V. Corral (Eds.), *Bio-psychosocial perspectives on interpersonal violence* (pp. 51-77). Hauppauge, New York: Nova Science Publishers.
- Moral, J. (2011). Aspectos metodológicos de la investigación. En J. Moral, J. L. Ybarra, J. Álvarez, J. Zapata & J. González (Eds.), *Adolescentes*

- escolarizados. *Sus hábitos de actividad física y alimentación. Un estudio Comparativo en el Noreste de México* (pp. 33-93). México: Fontamara.
- Moral, J., & López, F. (2012). Modelo recursivo de reacción violenta en parejas válido para ambos sexos. *Boletín de Psicología*, 105, 61-74.
- Moral, J., López, F., Díaz-Loving, R., & Cienfuegos, Y. (2011). Diferencias de género en afrontamiento y violencia en la pareja. *Revista CES de psicología*, 4(2), 29-46.
- Moral, J., & Ramos, S. (2014). Propiedades psicométricas del cuestionario de violencia en la pareja. Enviado para su publicación a *Suma Psicológica*.
- Moreno, F. (1999). La violencia en la pareja. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 5(4/5), 245-258. DOI:10.1590/S1020-49891999000400008.
- Preacher, K. J., & Coffman, D. L. (2006). *Computing power and minimum sample size for RMSEA* [Computer software]. Consultado el 15 de junio de 2014, de <http://quantpsy.org/rmsear/rmsear.htm>.
- Ramos, L., & Saltijeral, M. T. (2008). ¿Violencia episódica o terrorismo íntimo? Una propuesta exploratoria para clasificar la violencia contra la mujer en las relaciones de pareja. *Salud Mental*, 31(6), 469-478.
- Reedy, S. (2009). *Alexithymia and collectivism in survivors of domestic violence: An exploratory study* (Tesis Doctoral). Chicago, IL: The Chicago School of Professional Psychology.
- Rueda, B., Pérez, A., Sanjuán, P., & Ruiz, M. (2006). Relación entre la alexitimia y hostilidad: ¿Una asociación influida por el malestar psicológico? *Análisis y Modificación de Conducta*, 32(143), 263-286.
- Salazar, S., & Curiel, M. M. (2011). *Ciudad Abatida. La producción simbólica de la violencia en el norte de México*. Ciudad Juárez, Chihuahua: Universidad Autónoma de Ciudad Juárez.
- Sociedad Mexicana de Psicología (2007). *Código ético del psicólogo* (4ª ed.). México, DF: Editorial Trillas.
- Swan, S. C., & Snow, D. L. (2006). The development of a theory of women's use of violence in intimate relationships. *Violence Against Women*, 12(11), 1026-1045. DOI:10.1177/1077801206293330.
- Taylor, G. (2000). Recent developments in alexithymia theory and research. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45(2), 134-142.

Diferencias en el Reconocimiento de las Emociones en Niños de 6 A 11 Años¹

Fernando Gordillo², Lilia Mestas*, Judith Salvador*, Miguel Ángel Pérez, José M. Arana** & Rafael Manuel López***

Universidad Camilo José Cela (España); *Universidad Nacional Autónoma de México; **Universidad de Salamanca (España); ***"Nonverbal" Grupo de Análisis de Comportamiento no Verbal (España);

Resumen

La capacidad para reconocer las emociones es un factor necesario para la normal adaptación del niño al medio social y educativo; además de permitir la detección de trastornos como el autismo, la ansiedad y la depresión en etapas tempranas del desarrollo. Con el objetivo de comprender este proceso se realizó un experimento en el que participaron 47 niños distribuidos en tres grupos de edad (6-7, 8-9, 10-11 años), que visualizaron fotografías de expresiones faciales y corporales de alegría, tristeza, ira y miedo. Se les pidió que reconocieran la emoción expresada a partir de etiquetas relativas a estas emociones básicas y representadas con *emoticonos*. Los resultados mostraron un mejor reconocimiento de las expresiones faciales y corporales de miedo en los niños de 8-11 años respecto a los de 6-7 años ($p < .01$, $r > .50$). Por otro lado, se mostraron diferencias significativas ($p < .01$, $r > .50$), en el reconocimiento de las expresiones faciales de ira respecto a las corporales de ira, entre los niños de 6-7 años y los de 8-11 años. Mientras los niños de 6-7 años discriminan mejor la expresión facial de ira que la corporal, estas diferencias se invirtieron en los niños de 8-11 años. De los resultados obtenidos se puede concluir que el reconocimiento de las expresiones emocionales de ira y miedo es un importante indicador del adecuado desarrollo del niño. Educar en el reconocimiento de estas emociones a partir de la edad de 7 años, podría facilitar una mejor regulación emocional, con un efecto beneficioso sobre el rendimiento académico del niño.

Palabras Clave: Expresión Facial, Expresión Corporal, Emoción, Niños, Reconocimiento

Differences in Recognition of Emotions in Children 6 to 11 Years Olds

Abstract

The ability to recognize emotions is necessary for the normal child's adjustment to the social and educational environment, and to identify disorders including autism, anxiety and depression in the early stages of development. An experiment was performed to understanding this process. The participants were 47 children distributed in three groups (6-7, 8-9, 10-11 years). Children had to see pictures of facial and corporal expressions of happiness, sadness, anger and fear. Participants were then asked to say if they recognized the facial and corporal expressed emotion, from a labels related to these basic emotions and represented by emoticons. The results showed enhanced recognition of facial and corporal expressions of fear in children of 8-11 years olds compared to those of 6-7 years olds ($p < .01$, $r > .50$). On the other hand, the result showed significant differences ($p < .01$, $r > .50$), between children of 6-7 and 8-11 years olds, in the recognition of facial expressions of anger than the corporal expressions of anger. Children of 6-7 years olds showed enhanced recognition of facial expression of anger than corporal expression of anger. These differences were reversed in children of 8-11 years olds. One may conclude that anger and fear facial expressions recognition is an important indicator of the proper development of children. Emotional learning from 7 years olds, will ensure better emotional regulation, and a beneficial effect on the child's performance in school.

Keywords: Facial Expression, Body Expression, Emotion, Children, Recognition

Original recibido / Original received: 15/07/2014 Aceptado / Accepted: 13/11/2014

¹ Este trabajo ha sido realizado gracias a una ayuda a la investigación de la Universidad Camilo José Cela (I+D+i Research Grants)

² Dr. Fernando Gordillo León, E-mail: fgordillo@ucjc.edu, Departamento de Psicología. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Camilo José Cela, Teléfono: +34918153131, C/Castillo de Alarcón, 49. Madrid (España)

La capacidad del ser humano para comunicar información de la manera más eficaz posible es un factor fundamental para su adaptación al medio ambiente. Entre estas señales de comunicación se encuentran las expresiones emocionales, que facilitan la coordinación conductual para la transmisión de información de manera rápida y precisa (Fernández, Dufey & Mourgues, 2007). Dentro del contexto social, la expresión emocional permite adecuar el comportamiento a las diferentes y frecuentes interacciones sociales (Ekman, 1993; Izard, 1991). Esto resulta de gran importancia en el niño, ya que es el canal a través del cual son capaces de transmitir sus necesidades (Del Barrio, 2005). Los niños manifiestan una serie de rasgos característicos en el modo de procesar la información emocional: responden con similar intensidad a todas las emociones. Presentan una alta frecuencia de aparición y transitoriedad emocional, pasando con facilidad de una emoción a otra. Además, el efecto del aprendizaje en las reacciones emocionales se empieza a ver durante su crecimiento, y con el paso del tiempo la expresión de algunas emociones se debilita mientras otras se fortalecen (Molina et al., 2010).

Diferentes estudios, desde una perspectiva conductual y neurológica, han evidenciado cambios en la capacidad para discriminar emociones a través de la expresión facial en relación a la edad (Herba, Landau, Russell, Ecker & Phillips, 2006; Herba & Phillips, 2004; Thomas, De Bellis, Graham & LaBar, 2007; Tottenham, Hare & Casey, 2011). Esta capacidad surge en etapas tempranas (Flom & Bahrck, 2007), en concreto durante el primer año, para desarrollarse de manera más gradual hasta la adolescencia (Pascalis, de Haan y Nelson, 2002; Thomas et al., 2007). Sin embargo, este desarrollo no se produce de manera similar para todas las emociones. A los tres años, la expresión de alegría y miedo fueron las que mejor se reconocieron en una tarea informatizada de emparejamiento en la que participaron más de 800 niños (Szekely, 2013). Estos resultados son contrarios a los obtenidos por Vicari, Reilly, Pasqualetti, Vizzotto & Caltagirone (2000), que reportaron el miedo como la emoción peor reconocida. En este último trabajo se utilizaron fotografías en blanco y negro en una tarea de lápiz y papel. Estas diferencias en la metodología utilizada podrían estar en el origen de los resultados contradictorios encontrados en estas investigaciones.

La importancia de la metodología utilizada se hace mas evidente todavía en los estudios que comparan niños con edades comprendidas entre los 5 y 11 años, en tanto los resultados podrían verse afectados por el efecto techo (Thomas et al., 2007); es decir, que para hacer accesible la tarea a los niños más pequeños, esta se vuelva tan fácil para los mayores que todos la realicen con la máxima puntuación, lo que estaría impidiendo ver las posibles diferencias. Con cinco años, los niños ya son capaces de nombrar e identificar, en mayor o menor grado, todas las emociones básicas (Felleman, Carlson, Barden, Rosenberg & Masters, 1983). A esta edad la alegría se reconoce con cierta facilidad, mientras que las emociones negativas mantienen una evolución más lenta (Gao & Maurer, 2010). En términos generales se puede decir que no se produce una maduración total de esta capacidad hasta llegada la adolescencia (Gao & Maurer, 2010; Herba, et al., 2006; Ross, Polson y Gosbras, 2012; Tonks, Williams, Frampton, Yates & Slater, 2007).

Por otro lado, la postura corporal es un canal igual de poderoso que el facial a la hora de transmitir emociones (Meeren, van Heijnsbergen & de Gelder, 2005; Van den Stock, Righart & de Gelder, 2007), pero hasta fechas recientes no ha sido tomado con la suficiente consideración en el ámbito científico (Kleinsmith & Bianchi-Berthouze, 2013). En concreto, de Gender (2009), evidenció que de todos los estudios referidos a la emoción en humanos, el 95 % usaba expresiones faciales o estímulos como la voz y la música; mientras solo el 5% estaba referido a la expresión corporal. En este sentido, se ha estudiado cómo adultos y niños reconocen la expresión facial emocional congruente o incongruente con el gesto corporal que lo acompaña, y cómo el efecto positivo sobre el reconocimiento de la congruencia entre expresión facial y gesto corporal varía con la edad (Mondloch, 2012).

Sin embargo, pocos trabajos se han centrado en estudiar cómo evoluciona esta capacidad durante la infancia. Lagerlof y Djerf (2009) han reportado que a partir de los 8 años los niños rinden como los adultos en el reconocimiento del significado emocional asociado a los movimientos de la danza. Seguramente estos resultados se deban a que la danza exagera la expresividad de las emociones y facilita su reconocimiento (Ross et al., 2012). Esto sería congruente con los datos encontrados por otros estudios que sí reportaron diferencias entre niños de 8 y 12 años, cuando los movimientos no se integraban dentro de un contexto artístico (Van Meel, Verburgh & DeMeijer, 1993). Por otro lado, Tuminello & Davidson (2011) encontraron una mejor tasa de reconocimiento de las emociones de miedo e ira en niños, cuando la emoción era expresada a través de la expresión facial y corporal al mismo tiempo.

La importancia del estudio de la capacidad para discriminar las emociones en los niños, deriva de su implicación en la regulación emocional. Este proceso se construye a partir de un control cognitivo básico y requiere de una adecuada capacidad para discriminar las emociones (Tottenham et al., 2011). Es decir, los niños, tienen que discriminar adecuadamente las emociones antes de poder regularlas. Déficit en esta capacidad, puede dar lugar a problemas de adaptación social y ser un factor de riesgo para el desarrollo de psicopatologías en la edad adulta (Batty & Taylor, 2006; Herba & Phillips, 2004). En este sentido, las emociones participarían tanto en el proceso de aprendizaje como en el rendimiento académico (Shunk, Pintrich & Meece, 2008), y es a través de la regulación de los procesos emocionales como el niño puede adquirir las habilidades necesarias para ser eficaz en la escuela. Graciano, Reavis, Keane y Kalkins (2007), encontraron que la información subjetiva de los padres sobre la regulación emocional de sus hijos fue un predictor significativo del rendimiento en matemáticas y lenguaje. Además, la mayor capacidad de los niños para regular sus emociones se relacionaba con una mayor interacción con otros niños y con los profesores y por lo tanto, con la menor probabilidad de aparición de problemas conductuales.

De todo lo dicho se infiere que la educación emocional en los niños podría considerarse una forma de prevención primaria inespecífica (Bisquerra et al., 2012), en tanto supone una serie de capacidades aplicables a diferentes situaciones con el fin de prevenir disfunciones en las personas, con una aplicación

clara en el ámbito educativo (Sanz, 2012). Por esta razón, resulta de vital importancia comprender los periodos temporales que determinan la correcta adquisición de las habilidades de discriminación emocional, que junto con el adecuado desarrollo cognitivo, podrían estar determinando los procesos de regulación emocional, de gran importancia para la adaptación de los niños al ámbito educativo y social.

Dentro del desarrollo normal del niño, es a partir de los 7 años cuando se inicia el periodo de las operaciones concretas (Piaget, 1947; Piaget & Inhelder, 1948), donde el niño abandona su egocentrismo y tiende a ser más sociocéntrico, atendiendo no sólo a sus necesidades, también a las de otras personas. El niño empieza a ser más consciente del punto de vista de los demás y se muestra capaz de seguir una conversación con lógica y estableciendo relaciones entre lo que dice y lo que le dicen. Sin duda, todos estos aspectos, derivados del desarrollo cognitivo, tendrían un evidente paralelismo con el desarrollo de la capacidad para reconocer la emoción en la expresión de los demás. Ser más sociocéntrico supone atender a las necesidades de los demás, que solo pueden detectarse a través de una adecuada capacidad para discriminar las emociones que reflejan dichas necesidades (e.g., tristeza porque le han quitado un juguete).

El objetivo de la presente investigación fue analizar el desarrollo de la capacidad para reconocer la expresión facial y corporal de alegría, tristeza, miedo e ira, en niños con edades comprendidas entre los 6 y 11 años. No se esperan diferencias entre los niños por grupos de edad en el reconocimiento de las expresiones faciales y corporales de alegría, pero sí respecto a las emociones negativas. En concreto, se espera que estas diferencias sean significativas entre los niños de 6-7 años y los de 8-11 años. Esta hipótesis tendría su justificación en las evidencias encontradas por diferentes autores (Tottenham et al., 2011) y bajo el supuesto de transitoriedad que supone el periodo de las operaciones concretas (Piaget, 1947; Piaget & Inhelder, 1948), y que se inicia a partir de los 7 años. Por otro lado, se espera que el reconocimiento de las emociones a través de la expresión corporal muestren diferencias significativas respecto al facial, con un mejor rendimiento en la tarea de reconocimiento de la expresión facial en los niños de 6-7 años respecto a la expresión corporal, y con una progresiva mejora en la capacidad para reconocer las expresiones corporales en los niños de 8-11 años, debido al desarrollo más tardío de la capacidad para reconocer las emociones a través de la expresión corporal, tan importante en la comunicación humana (Pollick & De Waal, 2007), y que empieza a cobrar importancia conforme el niño, en su desarrollo, amplía su entorno social.

Método

Participantes

El grupo experimental estuvo formado por 47 niños mexicanos del pueblo de San Andrés de Dinicuiti, Oaxaca (44.7 % niños y el 55.3 % niñas), que participaron de manera voluntaria. Se distribuyeron en tres grupos en relación a la

edad [grupo I: $n = 11$ (6-7 años); grupo II: $n = 17$ (8-9 años); grupo III $n = 19$ (10-11 años)].

Instrumentos

Se utilizó el *Diagnostic Analysis of Nonverbal Accuracy- Adult Faces* (DANVA-2-AF) que permite medir la capacidad de identificar emociones mediante expresiones faciales y corporales de alegría, tristeza, ira y miedo (Nowicki & Carton, 1993).

Procedimiento

Para adquirir la muestra se solicitó una reunión con los padres para explicarles en qué consistiría la participación de sus hijos. En esta reunión, todos firmaron el consentimiento informado, en el que se les explicaba que la participación era voluntaria y que tanto su consentimiento como su rechazo no implicarían beneficio o perjuicio alguno para su persona y familia. Todos los participantes pasaron de uno en uno por las siguientes fases.

Fase 1. Se les mostraron de una en una ocho expresiones faciales emocionales de mujer, referidas a las emociones básicas de alegría, tristeza, ira y miedo y obtenidas del DANVA-2-AF (véase anexo). Se presentaron dos por cada tipo de emoción de manera aleatoria. Se utilizaron solo expresiones de mujer para homogeneizar los estímulos y evitar que la prueba se alargara demasiado, dada las características de la muestra. En cada ensayo a los niños les aparecía una expresión facial en la mitad izquierda de la pantalla, y en la otra mitad cuatro emoticonos que reflejaban en su expresión cuatro tipos de emociones (alegría, tristeza, miedo e ira). Los niños tenían que decir en voz alta qué emoción expresaba el rostro de la izquierda eligiendo uno de los cuatro emoticonos que aparecían a la derecha de la pantalla. El término "airada" se cambió por "enojada" y "alegre" por "contenta", términos más habituales en el vocabulario de la muestra utilizada.

Fase 2. De igual manera que en la fase 1, se les mostraron de una en una ocho expresiones corporales emocionales, referidas a las emociones básicas de alegría, tristeza, ira y miedo y obtenidas del DANVA-2-AF (véase anexo). Se presentaron dos por cada tipo de emoción de manera aleatoria. Los niños tenían que decir en voz alta qué emoción expresaba la posición del cuerpo eligiendo uno de los cuatro emoticonos que aparecían a la derecha de la pantalla.

Fase 3. Por último, una vez terminada la fase de reconocimiento, se les preguntó en qué partes de las fotografías se habían fijado más para reconocer las expresiones faciales y corporales.

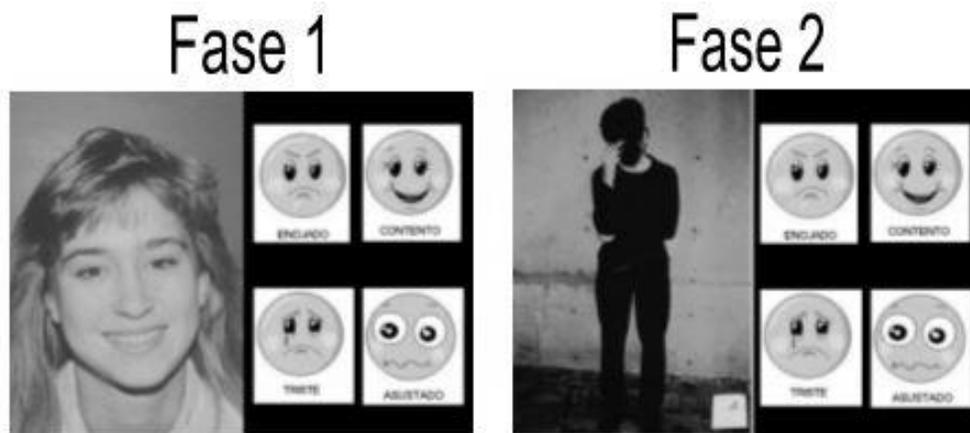


Figura 1. Ejemplo del procedimiento en la fase 1 y 2.

Análisis estadísticos

Diferencias entre grupos de edad (6-7, 8-9, 10-11 años). Se realizaron análisis no paramétricos aplicando la prueba de *Kruskal-Wallis* para comparar los grupos de edad (6-7, 8-9 y 10-11 años) en la capacidad de reconocimiento de los diferentes tipos de expresión emocional (facial-alegría, facial-tristeza, facial-ira, facial-miedo, corporal-alegría, corporal-tristeza, corporal-ira, corporal-miedo). Posteriormente, para saber entre qué grupos se establecían las diferencias, se realizaron comparaciones entre los grupos de dos en dos mediante la prueba de *U de Mann Whitney*. Puesto que con tres grupos se necesitan hacer tres comparaciones dos a dos, se aplicó la corrección de *bonferroni* para basar la decisión en un nivel de significación $p < 0,05/3$. Por lo tanto, se consideró que dos grupos diferían significativamente cuando el nivel crítico obtenido fuera menor de 0,017.

Diferencias respecto a la modalidad de expresión emocional (facial, corporal). Por otro lado, para analizar las diferencias en la capacidad para reconocer las emociones dependiendo de que su expresión fuera a través del rostro o del cuerpo, se aplicó la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon.

Análisis de las diferencias entre las modalidades (facial, corporal), entre los grupos de edad. Se restó el número de aciertos en la expresión corporal a la facial. De esta forma, cuanto más positivo fuera el valor, mejor se reconocería la expresión facial respecto a la corporal. Los valores obtenidos a partir de esta fórmula se analizaron aplicando la prueba de *Kruskal-Wallis* para comparar los grupos de edad (6-7, 8-9 y 10-11 años) en las diferencias entre la modalidad facial y corporal (Dif_Alegría, Dif_Tristeza, Dif_Miedo, Dif_Ira). Posteriormente, para saber entre qué grupos se establecían las diferencias, se realizaron comparaciones entre los grupos de dos en dos mediante la prueba de *U de Mann Whitney*, aplicando la corrección de *Bonferroni* ($p < 0,017$).

Resultados

Diferencias entre grupos de edad (6-7, 8-9, 10-11 años). Se mostraron diferencias entre los grupos de edad en la discriminación de las expresiones faciales de miedo ($X^2 = 8.64$, $gl = 2$, $p = .013$) e ira ($X^2 = 6.51$, $gl = 2$, $p = .039$), pero no en las de alegría ($X^2 = 3.86$, $gl = 2$, $p = .145$) y tristeza ($X^2 = 1.52$, $gl = 2$, $p = .469$). También se dieron diferencias entre los grupos en el reconocimiento de las expresiones corporales de miedo ($X^2 = 11.61$, $gl = 2$, $p = .003$) e ira ($X^2 = 6.84$, $gl = 2$, $p = .033$), pero no en las de alegría ($X^2 = 2.82$, $gl = 2$, $p = .244$) y tristeza ($X^2 = 2.93$, $gl = 2$, $p = .231$). Para conocer entre qué grupos fueron significativas estas diferencias se compararon por pares los grupos para cada variable de contraste (ver Tabla 1).

Tabla 1

Prueba U de Mann-Whitney (variable de agrupación "Grupos") para la discriminación de las expresiones faciales y corporales.

VARIABLES	Grupos (años)	n	M	DT	z	p	r
EF de miedo	6-7	11	.00	.76	-1.70	.089	.32
	8-9	17	1.53	.72			
	6-7	11	1.00	.76	-2.97	.003	.54
	10-11	19	1.79	.42			
	8-9	17	1.53	.72			
EF de ira	10-11	19	1.79	.42	-1.37	.170	.23
	6-7	11	1.27	.65			
	8-9	17	.82	.39	-2.13	.033	.40
	6-7	11	1.27	.76			
	10-11	19	.84	.38			
EC_ miedo	8-9	17	.82	.39	-1.15	.883	.03
	10-11	19	.84	.42			
	6-7	11	1.18	.60	.00	1.00	.00
	8-9	17	1.18	.64			
	6-7	11	1.18	.76			
EC de ira	10-11	19	1.79	.49	-2.81	.005	.51
	8-9	17	1.18	.72			
	10-11	19	1.79	.20	-3.03	.002	.51
	6-7	11	.73	.65			
	8-9	17	1.24	.56			
EC de ira	6-7	11	.73	.76	-2.49	.013	.45
	10-11	19	1.32	.48			
	8-9	17	1.24	.72	-.39	.700	.07
	6-7	11	.73	.76			
	10-11	19	1.32	.42			

Nota. EF: Expresión Facial; EC: Expresión corporal; tamaño del efecto (r).

Las diferencias en la discriminación de las emociones faciales y corporales de ira y miedo, en términos generales, se dan entre los niños de 6-7 años y los de 8-11 años, a favor de estos últimos. Estos datos informan de una progresión más lenta en la capacidad para reconocer las expresiones faciales de ira y miedo en los niños, respecto a las emociones de alegría y tristeza, donde no se evidenciaron diferencias entre los grupos.

Diferencias respecto a la modalidad de expresión emocional (facial, corporal). Se mostraron diferencias en los niños de 6-7 años en la discriminación de las emociones faciales respecto a las corporales en las emociones de alegría ($z = -2.31, p = .021, r = .70$), pero no en las de tristeza ($z = -1.13, p = .257, r = .34$), miedo ($z = -.71, p = .480, r = .56$) e ira ($z = -1.90, p = .058, r = .21$). Se mostraron diferencias en los niños de 8-9 años en la discriminación de las emociones faciales respecto a las corporales, en las emociones de alegría ($z = -2.84, p = .005, r = .69$), ira ($z = -2.11, p = .035, r = .51$), y miedo ($z = -2.12, p = .034, r = .51$) pero no en la tristeza ($z = .00, p = 1.00, r = .24$). Por último, se mostraron diferencias en los niños de 10-11 años en la discriminación de las emociones faciales respecto a las corporales, en las emociones de ira ($z = -2.71, p = .007, r = .62$), pero no en alegría ($z = -0.91, p = 0.366, r = 0.21$), tristeza ($z = -0.33, p = 0.739, r = 0.08$) y miedo ($z = 0.00, p = 1.00, r = 0.00$) (ver Figura 1).

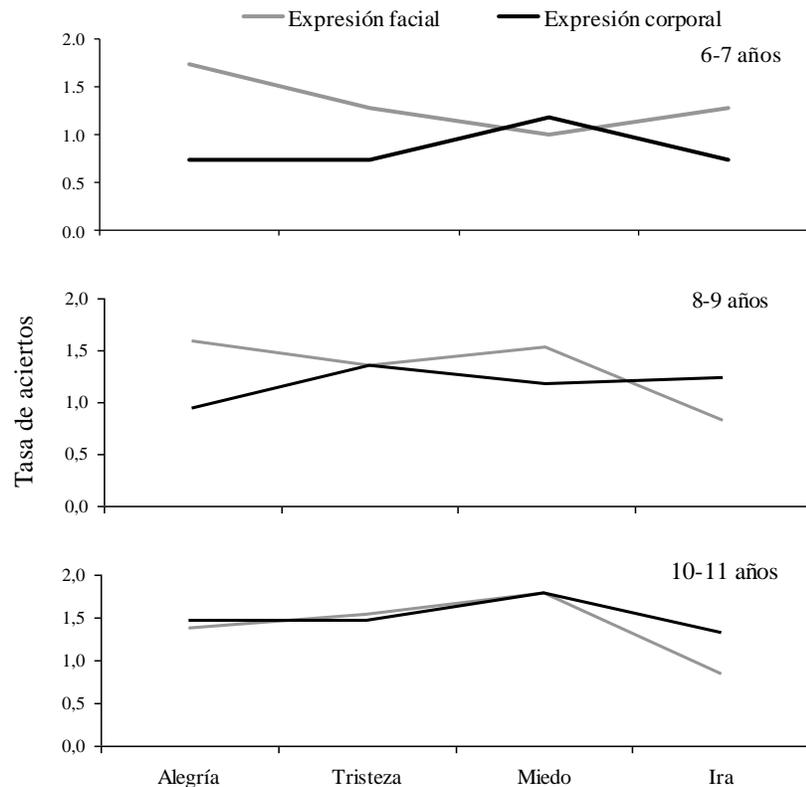


Figura 2. Diferencias en el reconocimiento de la expresión facial y corporal en niños de 6-7, 8-9 y 10-11 años.

Se puede observar que a la edad de 6-7 años los niños discriminan con mayor facilidad la expresión facial de alegría respecto a expresión corporal de dicha emoción, y esta tendencia se mantiene a los 8-9 años. Por otro lado, entre los 8 y 11 años, la expresión corporal de ira se discrimina mejor que la expresión facial de dicha emoción.

Análisis de las diferencias entre las modalidades (facial, corporal), entre los grupos de edad. Se mostraron diferencias entre los grupos de edad en las diferencias entre modalidades en la expresión de alegría ($X^2 = 6,26$, $gl = 2$, $p = 0,044$) e ira ($X^2 = 11,63$, $gl = 2$, $p = 0,003$), pero no en la de tristeza ($X^2 = 0,91$, $gl = 2$, $p = 0,635$) y miedo ($X^2 = 4,38$, $gl = 2$, $p = 0,112$). Para conocer entre qué grupos fueron significativas estas diferencias se compararon por pares los grupos para cada variable de contraste (tabla 2).

Tabla 2

Prueba U de Mann-Whitney (variable de agrupación "Grupos") para las diferencias entre modalidades en los grupos.

Variables	Grupos (años)	n	M	DT	z	p	r
Dif_Alegría	6-7	11	1.00	1.10			
	8-9	17	.65	.70	-1.10	.272	.21
	6-7	11	1.00	1.10			
	10-11	19	.16	.72	-2.14	.033	.39
	8-9	17	.65	.70			
	10-11	19	.16	.72	-1.88	.060	.31
Dif_Ira	6-7	11	.55	.82			
	8-9	17	-.41	.71	-2.82	.005	.53
	6-7	11	.55	.82			
	10-11	19	-.47	.61	-3.17	.002	.58
	8-9	17	-.41	.71			
	10-11	19	-.47	.61	-0.23	.816	.04

Nota. Dif: diferencia aciertos entre modalidades (facial, corporal).

Discusión y conclusiones

En este trabajo se analizaron las diferencias en niños de preescolar en el reconocimiento de la expresión emocional facial y corporal. Los resultados encontrados indican un desarrollo más tardío de la capacidad para reconocer las expresiones faciales y corporales de miedo e ira. Esto podría explicarse tanto por la experiencia adquirida por el niño, que determinaría el conocimiento aplicado y teórico que tiene sobre las emociones, como por el desarrollo madurativo de las diferentes regiones cerebrales implicadas en el reconocimiento de la expresión emocional. Se han encontrado redes neuronales diferenciadas para el procesamiento de las expresiones faciales emocionales. En concreto, la amígdala se ha relacionado con el procesamiento de las caras de miedo (Adolphs, Granel, Damasio, H. & Damasio, A., 1994) y tristeza (Schneider, Habel, Kessler, Salloum

& Posse, 2000), mientras que la región orbitofrontal y el cortex del cíngulo anterior se han relacionado con las expresiones de ira (Blair, Morris, Frith, Pret & Dolan, 1999).

Más allá del origen de las diferencias, los datos encontrados en este trabajo ponen de manifiesto que el punto de inflexión a partir del cual el niño empezaría a perfeccionar sus capacidades de reconocimiento se situaría alrededor de los 7 años. Momento que coincide con el inicio del periodo de las operaciones concretas (Piaget, 1947; Piaget y Inhelder, 1948), que supone el abandono de su egocentrismo. Este periodo de transición, y por lo tanto crítico, se evidencia en el presente trabajo a través de las diferencias encontradas entre el grupo de niño de 6-7 años y el resto de los grupos en la capacidad mostrada para reconocer las expresiones faciales y corporales de miedo e ira (véase tabla 1).

Sin embargo, estas diferencias no se evidenciaron para las emociones de alegría y tristeza. A este respecto cabe mencionar el papel de la sonrisa como un elemento de reconocimiento fundamental que los niños son capaces de discriminar con facilidad a muy temprana edad. La sonrisa es un gesto facial frecuente y de gran influencia en las interacciones sociales (Johnston, Miles & McCrae, 2010; Krumhuber & Manstead, 2009). En concreto, la boca y los ojos son la principal fuente de señales expresivas, teniendo la sonrisa un efecto de contagio sobre la percepción de alegría en los ojos (Fernández, Avero & Gutiérrez, 2012).

Con la intención de comprender los resultados obtenidos desde una perspectiva cualitativa, se les preguntó a los niños cómo hacían para reconocer la emoción, tanto en la expresión facial, como en la corporal. La mayoría de los niños de mayor edad, mencionaron que para reconocer el tipo de emoción en la expresión facial se fijaban sobre todo en la boca y los ojos, mientras que para reconocer la emoción a través de la expresión corporal, la mayoría indicó que se fijaban en las manos. Estos datos evidencian que los niños son conscientes de los elementos más relevantes a la hora de valorar una expresión. Este aspecto es congruente con la idea de que el niño, progresivamente, tiende a regular sus emociones, y para esta regulación requiere ser consciente de los elementos que conforman los estímulos que generan las emociones, y aquellos que, dentro de su propio cuerpo, le permitirán manejar dichas emociones.

En el desarrollo de la autorregulación emocional en la infancia, se identifican factores endógenos (maduración de las redes atencionales). Por ejemplo, en qué fijarse para identificar una emoción: en las manos, la boca y los ojos), y exógenos, como es el efecto que los padres tienen sobre el desarrollo de los procesos de regulación emocional (Ato, González & Carranza, 2004). Los procesos de regulación emocional son de gran importancia en la interacción social, ya que permiten utilizar las emociones como herramientas de contacto social, por ejemplo, inhibiendo la ira en presencia del jefe que nos ha negado el ascenso, o desinhibiendo la manifestación de tristeza cuando un amigo nos cuenta sus problemas. Esta capacidad de regular las emociones, que en la etapa adulta es tan importante, empieza a conformarse a lo largo del desarrollo del niño, con base en sus capacidades cognitivas y en la habilidad para reconocer las expresiones emocionales en los demás (Tottenham et al., 2011).

Futuras investigaciones deberían indagar en estos resultados a través de pruebas que tengan en cuenta instrumentos validados en la muestra seleccionada y correlacionarlos con estudios de imágenes cerebrales, para comprender el mecanismo neuronal responsable de este proceso. En este trabajo se utilizaron fotografías del DANVA-2-AF (Nowicki & Carton, 1993), un instrumento construido en una población diferente a la mexicana. Sin embargo, dado que los análisis se realizaron buscando las diferencias entre grupos de la misma población, las dificultades en el reconocimiento de estas expresiones se manifestaron por igual en todos los grupos de comparación, siendo por lo tanto una variable controlada. Sin embargo, hay que tener presentes las limitaciones de los instrumentos utilizados hasta la fecha para el reconocimiento de la expresión emocional, y que los avances en neuropsicología no se han visto acompañados por instrumentos estandarizados de evaluación y medida, capacitados para cuantificar adecuadamente las diferencias individuales (Márquez & Delgado, 2012). Las limitaciones del trabajo provienen del número de sujetos y de la utilización de una muestra rural, que en futuros trabajos debería compararse con el rendimiento de niños ciudadanos. No obstante, este trabajo proporciona datos de una localidad que se enfrenta a situaciones sociales, económicas y culturales, diferentes e interesantes.

Los datos recabados apoyan la importancia de seguir en esta línea de investigación con el fin de comprender cómo se produce el desarrollo normal en la capacidad para reconocer las emociones en el niño, ya que podría ser de utilidad a la hora de identificar posibles problemas como el autismo, la depresión y los trastornos de ansiedad en el niño (Thomas et al., 2007). Además de crear competencias emocionales, que redunden en la resiliencia para mejorar la calidad de vida del educando, en tanto que las emociones son un componente necesario de la interacción social, que permiten la transmisión de la información de manera eficaz. En este sentido, recientes investigaciones han encontrado datos a favor de este hecho, y es que niños maltratados, por lo tanto con una experiencia vital muy negativa, manifiestan una alteración del funcionamiento de las redes neuronales relacionadas con el reconocimiento facial de la emoción, lo que pone en evidencia, según los autores (Curtis & Cicchetti, 2013), la necesidad de implementar programas de intervención en los aspectos emocionales para esta población de riesgo.

Por lo tanto, un tema prioritario en la salud mental, educativa y social debería ser el desarrollo de las emociones en el niño a nivel normal y patológico, ya que la obtención de instrumentos de diagnóstico adecuados, permitirán una adecuada integración personal y social en la adultez. Además, el adecuado ajuste emocional del niño en su desarrollo juega un importante papel en la predicción del éxito escolar (Gallardo, 2007). Para este fin y en los últimos años se ha venido desarrollando programas de intervención en el aula, como pueden ser (Herrera, Ramírez & Roa, 2004): modelados, asunción de roles, la discusión de grupos, y programas para el desarrollo de habilidades en los padres que permitan el mejor ajuste emocional de sus hijos.

Referencias

- Adolphs, R., Tranel, D., Damasio, H. & Damasio, A. (1994). Impaired recognition of emotion in facial expressions following bilateral damage to the human amygdala. *Nature*, 372, 669-672.
- Ato, E., González, C. & Carranza, J. A. (2004). Aspectos evolutivos de la autorregulación emocional en la infancia. *Anales de Psicología*, 20, 69-79.
- Batty, M. y Taylor, M. J. (2006). The development of emotional face processing during childhood. *developmental Science*, 9(2), 207-220.
- Blair, R. J., Morris, J. S., Frith, C. D., Perrett, D. I. & Dolan, R. J. (1999). Dissociable neural responses to facial expressions of sadness and anger. *Brain*, 122, 883-893.
- Bisquerra, R., Punset, E., Mora, F., García, E., López-Cassà, È., Pérez-González, J.C.,... Planeéis, O. (2012) *¿Cómo educar las emociones? La inteligencia emocional en la infancia y la adolescencia*. Esplugues de Llobregat (Barcelona): Hospital de Sant Joan de Déu.
- Curtis, W. J. & Cicchetti, D. (2013). Affective Facial Expression Processing in 15-month-Old Infants Who Have Experienced Maltreatment: An Event-Related Potential study. *Child Maltreatment*, 18, 140-154.
- Del Barrio, M. V. (2005) *Emociones infantiles. Evolución, evaluación y prevención*. Madrid: Pirámides.
- de Gelder, B. (2009). Why bodies? Twelve reasons for including bodily expressions in affective neuroscience. *Philosophical Transactions of the Royal Society*, 364(3), 3475-3484.
- Ekman, P. (1993). Facial expression and emotion. *American Psychologist*, 48, 384-392.
- Fernández, A., Avero, P. & Gutiérrez, M. (2012). Una sonrisa en la boca hace que los ojos parezcan alegres. *Escritos de Psicología*, 5, 25-33.
- Fernández, A. M., Dufey, M. & Mourgues, C. (2007). Expresión y reconocimiento de emociones: un punto de encuentro entre evolución, psicofisiología y neurociencias. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 2, 8-20.
- Felleman, E. S., Carlson, C. R., Barden, R. C., Rosenberg, L. & Masters, J. C. (1983). Children's and adults' recognition of spontaneous and posed emotional expressions in young children. *Developmental Psychology*, 19, 405-413.
- Flom, R. & Bahrick, L. E. (2007). The development of infant discrimination of affect in multimodal and unimodal stimulation: The role of intersensory redundancy. *Developmental Psychology*, 43, 238-252.
- Gao, X. & Maurer, D. (2010). A happy story: Developmental changes in children's sensitivity to facial expressions of varying intensities. *Journal of Experimental Child Psychology*, 107, 67-86.
- Graziano, P. A., Reavis, R. D., Keane, S. P. & Calkins, S. D. (2007). The role of emotion regulation in children's early academic success. *Journal of School Psychology*, 45, 3-19.
- Herba, C. M., Landau, S., Russell, T., Ecker, C. & Phillips, M. L. (2006). The development of emotion-processing in children: Effects of age, emotion, and intensity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 1098-1106.
- Herba, C. & Phillips, M. (2004). Annotation: Development of facial expression recognition from childhood to adolescence: Behavioural and neurological perspectives. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 1185-1198.
- Herrera, F., Ramírez, M. I. & Roa J. M. (2004). El desarrollo emocional, social y moral en la educación primaria (6-12 años). En Trianes, M. V. y Gallardo, J. A. (Coord.): *Psicología de la educación y del desarrollo en contextos escolares* (pp. 259-286). Madrid: Pirámide.
- Gallardo, P. (2007). El desarrollo emocional en la educación primaria (6-12 años). *Cuestiones Pedagógicas*, 18, 143-159.
- Izard, C. E. (1991). *The psychology of emotions*. New York: Plenum Press.
- Johnston, L., Miles, L. & Macrae, C. (2010). Why are you smiling at me? Social functions of enjoyment and nonenjoyment smiles. *British Journal of Social Psychology*, 49, 107-127.
- Kleinsmith, A. & Bianci-Berthouze, N. (2013). Affective body expression perception and recognition: A survey. *Affective Computing, IEEE Transactions on*, 4, 15-33.
- Krumhuber, E. G. & Manstead, A. S. R. (2009). Can Duchenne smiles be feigned? New evidence on felt and false Smiles. *Emotion*, 9, 807-820.

- Lagerlof, I. & Djerf, M. (2009) Children's understanding of emotion in dance. *European Journal of Developmental Psychology*, 6, 409-431.
- Márquez, M. G. & Delgado, A. R. (2012). Revisión de las medidas de reconocimiento y expresión de emociones. *Anales de Psicología*, 28, 978-985.
- Meeren, H., van Heijnsbergen, C. & de Gelder, B. (2005). Rapid perceptual integration of facial expression and emotional body language. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 102, 16518-16523.
- Molina, Y., Osses, C., Riquelme, C., Riquelme, V., Sepúlveda, S. & Urrutia, A. (2010). *Desarrollo social y emocional del párvulo*. Universidad Católica de la Santísima Concepción: Facultad de Educación.
- Mondloch, C. J. (2012). Sad or fearful? The influence of body posture on adults' and children's perception of facial displays of emotion. *Journal of Experimental Child Psychology*, 111(2), 180-196.
- Nowicki, S. Jr. & Carton, J. (1993). The measurement of emotional intensity from facial expressions. *Journal of Social Psychology*, 133, 749-750.
- Pascalis, O., Haan, M. & Nelson, Ch.A. (2002). Is face processing species-specific during the first year of life? *Science*, 296, 1321-1323.
- Piaget, J. (1947). *La formation du symbole: imitation, jeu et reve, image et représentation*. Neuchatel: Delachaux et Niestlé.
- Piaget, J. & Inhelder, B. (1948). *La représentation de l'espace chez l'enfant*. Paris: P.U.F.
- Pollick, A. S. & de Waal, F. B. M. (2007). Ape gestures and language evolution. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 104, 8184-8189.
- Ross, P. D., Polson, L. & Gosbras, M-H. (2012). Developmental Changes in Emotion Recognition from Full-Light and Point-Light Displays of Body Movement. *PLOS ONE*, 7, e44815.
- Sanz, L. (2012). *Emociones en el aula. Propuesta didáctica para Educación Infantil*. Trabajo fin de grado UVA.
- Schunk, D., Pintrich, P. & Meece, J. (2008). *Motivation in education (3ra ed.)* Nueva York: Pearson.
- Schneider, F., Habel, U., Kessler, C., Salloum, J.B. & Posse, S. (2000). Gender differences in regional cerebral activity during sadness. *Human Brain Mapping*, 9, 226-238.
- Szekely, E. (2013). Children's emotional functioning in the preschool period: emotion recognition, temperament, and their links with early risk factors. Thesis.
- Thomas, L. A., De Bellis, M. D., Graham, R. & LaBar, K. S. (2007). Development of emotional facial recognition in late childhood and adolescence. *Developmental Science*, 10, 547-58.
- Tonks, J., Williams, W. H., Frampton, I., Yates, P. & Slater, A. (2007) Assessing emotion recognition in 9-15-years olds: preliminary analysis of abilities in reading emotion from faces, voices and eyes. *Brain Injury*, 21, 623-629.
- Tottenham, N., Hare, T. A. & Casey, B. J. (2011). Behavioral assessment of emotion discrimination, emotion regulation, and cognitive control in childhood, adolescence, and adulthood. *Frontiers in Psychology*, 2, 39.
- Tuminello, R. & Davidson, D. (2011). What the face and body reveal: Ingroup emotion effects and stereotyping of emotion in African-American and European-American children. *Journal of Experimental Child Psychology: Special Issue on Emotion Assessment in Children and Adolescents*, 110, 258-274.
- Van den Stock, J., Righart, R. & de Gelder, B. (2007). Body expressions influence recognition of emotions in the face and voice. *Emotion*, 7, 487-494.
- Van Meel, J., Verburch, H. & DeMeijer, M. (1993) Children's interpretation of dance expressions. *Empirical Studies of the Arts* 11, 117-133.
- Vicari, S., Reilly, J. S., Pasqualetti, P., Vizzotto, A. & Caltagirone, C. (2000). Recognition of facial expressions of emotions in school-age children: the intersection of perceptual and semantic categories. *Acta Paediatrica*, 89(7), 836-845.

Anexo

Fotografías utilizadas y obtenidas del DANVA-2-AF (Nowicki & Carton, 1993)

EXPRESIÓN FACIAL			EXPRESIÓN CORPORAL		
Número	Tipo	Intensidad	Número	Tipo	Intensidad
1	Alegría	Alta	2	Tristeza	Alta
2	Miedo	Baja	4	Miedo	Baja
6	Tristeza	Alta	5	Alegría	Baja
7	Alegría	Baja	6	Ira	Baja
9	Miedo	Alta	7	Miedo	Alta
14	Tristeza	Baja	19	Alegría	Alta
15	Ira	Alta	20	Ira	Alta
20	Ira	Baja	30	Tristeza	Baja

Stigma Cues Increase Self-Conscious Emotions and Decrease Likelihood of Attention to Information about Preventing Stigmatized Health Issues

Allison Earl¹, Christina A. Nisson, & Dolores Albarracín*
University of Michigan, * University of Pennsylvania

Abstract

Health communications are only effective if target audiences actually receive the messages. One potential barrier to effective health communication is the potential stigma of attending to health information, particularly for stigmatizing health issues. The purpose of the present paper was to examine when participants report self-conscious emotions (e.g., shame, embarrassment) in response to health communications, as well as likelihood of reading health information associated with these emotions. Across three studies, participants read information about preventing diseases that are either highly stigmatized or non-stigmatized. Increased accessibility of stigma cues by (a) manipulating the perceived absence vs. presence of others, or (b) measuring lower vs. higher rejection sensitivity resulted in increased self-conscious emotions in response to information about stigmatized health issues. In addition, stigma cues decreased the likelihood of reading information about stigmatized (but not non-stigmatized) health information. Implications for health outcomes and intervention design are discussed.

Keywords: Stigma Cues; Emotional Response to Health Information; Attention to Health Information; Self-conscious Emotions

Señales sobre Estigma Aumentan las Emociones Conscientes y Disminuyen la Probabilidad de Atención a la Información sobre Prevención de Cuestiones Estigmatizadas de Salud

Resumen

La comunicación en torno a la salud solo es efectiva si la audiencia meta recibe el mensaje. Una barrera potencial que tiene la comunicación efectiva sobre salud es el estigma potencial de hacer caso a la información sobre salud, particularmente en temas estigmatizados. El objetivo del presente estudio fue examinar cuándo reportan los participantes emociones conscientes (p.e. vergüenza, culpa) en respuesta a comunicación sobre salud, así como la probabilidad de leer información asociada con estas emociones. A través de tres estudios, los participantes leyeron información sobre prevención de enfermedades que son altamente estigmatizadas o que no lo son. El aumento de la accesibilidad de las señales sobre estigma mediante (a) la manipulación de la ausencia percibida vs. presencia de otros, o (b) la medición de alta o baja sensibilidad al rechazo, resultó en aumento de emociones conscientes en respuesta a la información sobre temas de salud estigmatizados. Además, las señales sobre estigma disminuyeron la probabilidad de lectura de información sobre información estigmatizada (no así para la no estigmatizada). Se discuten las implicaciones sobre consecuencias de salud y diseño de intervención.

Palabras Clave: Señales sobre Estigma, Respuesta Emocional a Información de Salud, Atención a Información de Salud, Emociones Conscientes.

Original recibido / Original received: 04/09/2014

Aceptado / Accepted: 27/11/2014

¹ Allison Earl, University of Michigan, 530 Church Street, Ann Arbor, MI, USA 48109, Teléfono: +1 734 763 1133, e-mail: anearl@umich.edu

Public health researchers and practitioners are concerned with minimizing the prevalence and deleterious consequences of various health conditions. To facilitate this agenda, many public health campaigns have been designed with an eye towards reducing negative health outcomes by increasing awareness of the causes and consequences of health conditions and facilitating disease prevention. However, recent evidence suggests that messages may not be reaching target audiences as individuals who already engage in recommended health behaviours are more likely to actively seek out preventive communications than those who are currently not complying with the recommendation (Earl, Albarracin, Durantini, Gunnoe, Leeper, & Levitt, 2009). Therefore, public health researchers and practitioners must be aware of whether their messages actually reach the audiences for which they are designed.

One potential factor to consider when examining impact of health promotion messages is emotional response to these communications. Although much past work has delineated the effects of fear in health-promotion interventions (Earl & Albarracin, 2007; Fisher & Fisher, 1992; 2000; Janz & Becker, 1984; Rogers, 1975; Rosenstock, Stecher, & Becker, 1994), in the case of such stigmatized health conditions as Human Immunodeficiency Virus (HIV) or herpes genitalis, self-conscious emotions such as shame or embarrassment may influence attention to a preventive message. In particular, similar to fear, self-conscious emotions can trigger escaping information that elicits the emotion (Clore et al., 1994; Fridja et al., 1989; Siegel & Schrimshaw, 2000). Specifically, individuals are less likely to seek testing for sexually transmitted infections when they feel shame or believe that others would evaluate them negatively (e.g., blame) them for being infected (Fortenberry et al., 2002; Meiberg, Bos, Onya, & Schaalma, 2008). Furthermore, perceived HIV-stigma may prevent disclosure of HIV-positive status to potential relationship partners, thus increasing the spread of HIV within social networks (Derlega, Winstead, Greene, Serovich, & Elwood, 2002).

Similarly, the decision to approach health information may be based, in part, on situational and chronic cues to stigma and subsequent self-conscious emotions. First, the presence of others may influence the activation of stigma cues by heightening norms about how to behave (Ajzen & Fishbein, 1980, 2005; Fishbein & Ajzen, 1975; Goffman, 1963; Shah, 2003). People are often concerned that reading information about preventing a stigmatized health issue may signal that they are infected with the disease (Albarracin, Durantini, & Earl, 2006). As a result, people may report increased self-conscious emotions following information about preventing a stigmatized health issue when that information is presented in the presence of others.

Second, people who are sensitive to rejection (Downey & Feldman, 1996) may be more aware of the potential for stigma and self-conscious emotions in any circumstance (Mendoza-Denton et al., 2002) and thus participants who are chronically sensitive to stigma cues may experience the most shame and embarrassment when information about preventing stigmatized health issues is presented in the presence of others. Taken together, information about preventing stigmatized health issues should elicit self-conscious emotions particularly when environmental or personal conditions strengthen the impact of stigma cues.

In this paper, we examined conditions under which stigma cues would moderate the experience of self-conscious emotions, and whether or not the experience of self-conscious emotions would predict likelihood of attending to health communications. Specifically, we considered if (a) the perceived presence vs. absence of others, or (b) chronic sensitivity to stigma cues would result in increased self-reported self-consciousness following brochure titles or scenarios about preventing stigmatized health issues. Furthermore, we tested the possibility that stigmatized health information may elicit a general negative response, rather than specifically elicited self-conscious emotions, by also measuring fear. Finally, we examined whether the likelihood of attending to stigmatized (versus non-stigmatized) health communications varied as a function of whether or not the information was presented in the perceived presence (versus absence) of others, and if the likelihood of attention varied as a function of stigma cues (versus fear).

Study 1

Overview

Study 1 investigated if health brochure titles elicited more or less self-conscious emotions when presented in the perceived presence versus absence of others. We hypothesized that self-conscious emotions in response to brochure titles about stigmatized health issues would be higher in the perceived presence versus absence of others.

Method

Participants and Design.

Participants were sixty-two Introductory Psychology students in a University Subject Pool who received partial course credit in exchange for their participation. Participants were of both genders (29 men, 33 women) and ethnically diverse (4 African-Americans, 39 European-Americans, 10 Asian-Americans, 4 Latino-Americans, and 5 "Other"). The design was a 2 (Presence of others: Others versus Alone) X 2 (Information type: Stigmatized vs. Control) within-subjects factorial.

Materials and methods.

Materials. Participants viewed brochure titles about both stigmatized and control health issues. Stigmatized health brochures (e.g., The Reality of HIV) included titles on topics that were rated as being more stigmatized in a pre-test (Chlamydia, Genital Herpes, Genital Warts, Gonorrhoea, Haemorrhoids, Hepatitis, HIV, Pubic Lice, Scabies). Control health brochures (e.g., Fight the Flu) included titles on topics that were rated as being less stigmatized in a pre-test (Blood Pressure, Carpal Tunnel, Chicken Pox, Flu, Health Disease, Mononucleosis, Salmonella, Vitamin Deficiency, West Nile Virus).

Measures. Participants were asked to evaluate how self-conscious they would feel while reading each brochure either alone or when others were present based on the brochure title. Self-Consciousness when Alone was measured with three items, *How ashamed would you feel? How embarrassed would you feel? and How stigmatized would you feel?* on ten-point scales ranging from 1 (*not at all*) to 10 (*extremely*) (Cronbach's $\alpha = .86$). Self-Conscious when Others Were Present was measured with three items, *How ashamed would you feel when others were present? How embarrassed would you feel when others were present? and How stigmatized would you feel when others were present?* on ten-point scales ranging from 1 (*not at all*) to 10 (*extremely*) (Cronbach's $\alpha = .87$).

Results and Discussion

We tested the hypothesis that participants reported increased self-conscious emotions following stigmatized (versus control) information in the perceived presence (versus absence) of others. We used repeated-measures analysis of variance (ANOVA) with presence of others and information type as two within-subjects factors predicting self-reported self-conscious emotions. There was a significant two-way interaction between presence of others and information type on self-conscious emotions ($F_{1, 61} = 61.74, p < .001$; partial $\eta^2 = .50$; see Figure 1). Furthermore, following stigmatized information, participants reported more self-conscious emotions in the perceived presence versus absence of others ($M_{\text{others}} = 5.24, SD_{\text{others}} = 0.33; M_{\text{alone}} = 4.28, SD_{\text{alone}} = 0.28; F_{1, 61} = 44.37, p = .001$; Cohen's $d = 3.10$). However, following control information, participants reported less self-conscious emotions in the perceived presence versus absence of others ($M_{\text{others}} = 2.06, SD_{\text{others}} = 0.15; M_{\text{alone}} = 2.25, SD_{\text{alone}} = 0.14; F_{1, 61} = 7.28, p = .01$; Cohen's $d = 1.31$). These results suggest that stigma cues such as the perceived presence versus absence of others increased reporting of self-conscious emotions following brochure titles about stigmatizing health issues.

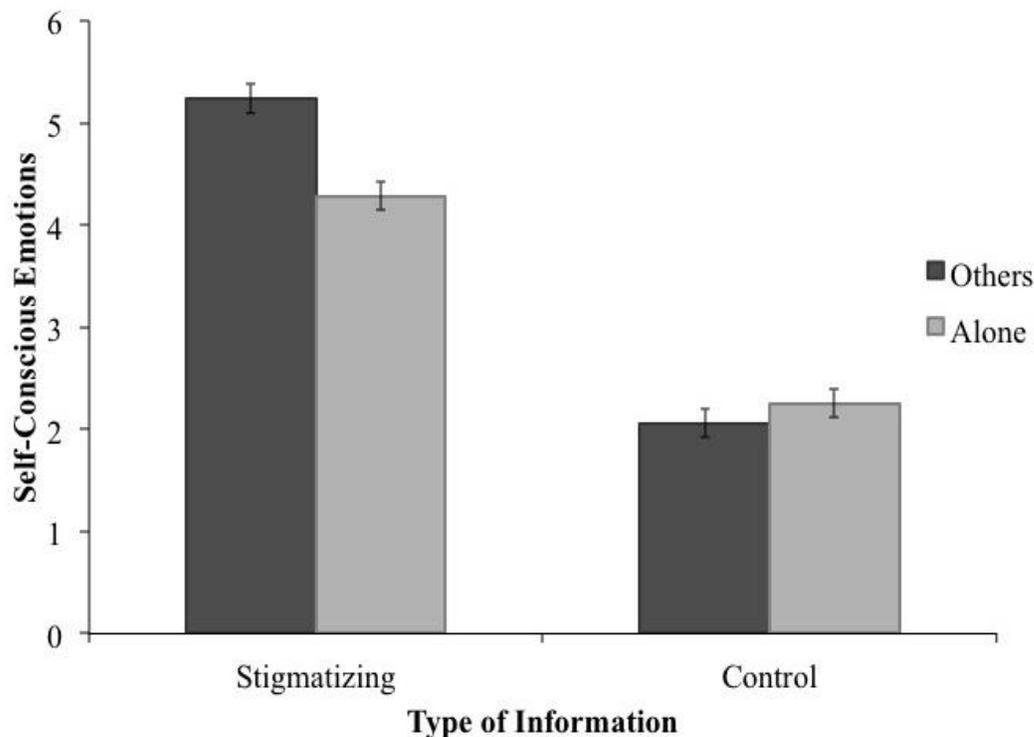


Figure 1. Self-reported self-conscious emotions following brochure titles about either stigmatizing or control health issues that either indicated the presence or absence of other people. Standard errors are represented in the figure by the error bars attached to each column.

Study 2

Overview

In Study 1, we examined environmental stigma cues (e.g., perceived presence versus absence of others). However, we have yet to determine if chronic stigma awareness contributes to the level of self-conscious emotions reported in response to information about preventing stigmatized conditions. In particular, we predicted that participants who are high in rejection sensitivity should experience the highest levels of self-conscious emotions when presented with scenarios about preventing stigmatized diseases when the scenario contains information that others are present. Thus, Study 2 examined if chronic and environmental factors associated with cues to stigma interacted or influenced self-conscious emotions additively. Furthermore, we examined if these effects would be localized on self-conscious emotions, or would generalize to negative emotionality in general by assessing self-reported fear.

Method

Participants and design.

Participants were fifty-seven Introductory Psychology students in a University Subject Pool who received course credit in exchange for their participation. Participants were of both genders (30 men, 27 women) and ethnically diverse (2 African-Americans, 32 European-Americans, 12 Asian-Americans, 10 Latino-Americans, and 1 "Other"). The design was a 2 (Information type: stigmatized vs. control) X 2 (Presence of others: others versus alone) X Continuous (Chronic sensitivity to stigma cues) mixed factorial design. In this experiment, information type and presence of others were within-subjects factors and chronic sensitivity to stigma cues was a between-subjects factor.

Materials and measures.

Materials. Participants evaluated eight scenarios varying on two dimensions: stigmatized/control health issue and presence/absence of others. A sample scenario read: *While waiting for your appointment at McKinley Health Centre, you decide to read some brochures. The first one says, "The Truth about Genital Herpes" ("Factors that Affect Blood Pressure"). As you look up, you recognize a classmate watching you (realize you are alone).*

Measure of chronic sensitivity to stigma cues. Chronic sensitivity to stigma cues was assessed with the Adult Rejection Sensitivity Questionnaire (RSQ; Downey & Feldman, 1996). The scale contains eight scenarios that cover a variety of issues such as borrowing money for one's parents, having an important conversation with a friend, or discussing the issue of sexual protection with one's significant other ($\alpha = .77$).

Emotion measures. The self-conscious emotions measures were identical to Study 1. Fear was measured with *How scared would you feel?* on a ten-point scale from 1 (*not at all*) to 10 (*extremely*).

Results and Discussion

Study 2 tested whether chronic sensitivity to stigma cues (assessed via the Rejection Sensitivity Questionnaire) interacts with situational stigma cues (perceived presence of others). Repeated-measures ANOVA was used with information type (stigmatized vs. control) and presence of others (others present vs. alone) as two within-subjects factors and self-reported chronic sensitivity to stigma cues (the RSQ measure) as a continuous between-subjects variable predicting self-conscious emotions. There was a significant three-way interaction between presence of others, information type, and chronic sensitivity to stigma cues ($F(1, 55) = 4.56, p = .04$; partial $\eta^2 = .08$; see Figure 2). Overall, self-conscious emotions were highest when scenarios about preventing stigmatized health issues in the presence of others were presented to people with high chronic sensitivity to stigma cues.

There were also two significant main effects of information type and presence of others. Participants reported more self-conscious emotions following scenarios about preventing stigmatized (versus control) health issues ($M_{\text{stigmatized}} = 5.13$, $SD_{\text{stigmatized}} = 0.21$; $M_{\text{control}} = 2.24$, $SD_{\text{control}} = 0.20$; $F(1, 55) = 9.98$, $p = .003$; Cohen's $d = 14.09$), and when scenarios referenced the presence (versus absence) of others ($M_{\text{others}} = 4.57$, $SD_{\text{others}} = 0.21$; $M_{\text{alone}} = 2.80$, $SD_{\text{alone}} = 0.19$; $F(1, 55) = 5.30$, $p = .03$; Cohen's $d = 8.84$). This replicates Study 1 and suggests that situational effects leading to self-conscious emotions are stronger when people are chronically sensitive to stigma cues.

We also wanted to rule out the possibility that these effects reflected general negative emotionality rather than self-conscious emotions. For this purpose, we used the same analysis to predict self-reported fear. However, the three-way interaction between presence of others, information type, and chronic impression motives was not significant ($F(1, 55) = 2.73$, $p = .10$; partial $\eta^2 = .05$). Furthermore, there were no main effects of information type, presence of others, or rejection sensitivity on self-reported fear, nor were any of the two-way interactions significant (all $ps > .10$; partial $\eta^2 < .04$).

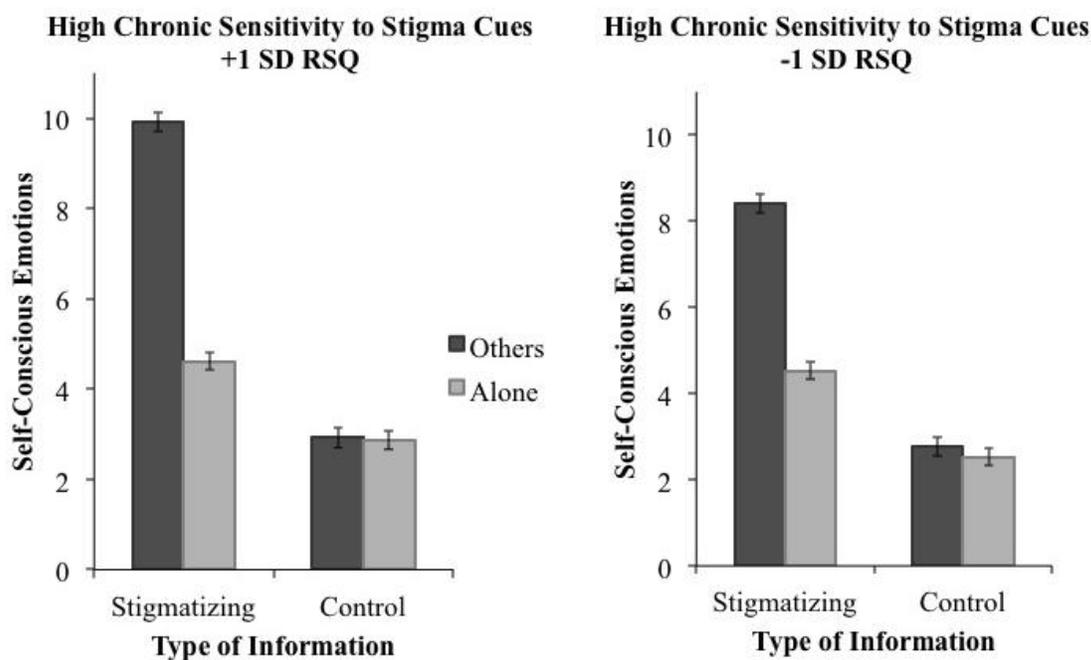


Figure 2. Self-reported self-conscious emotions following scenarios about preventing either stigmatizing or control health issues that either indicated the presence or absence of other people, split for people who have high/low chronic sensitivity to stigma cues. For illustrative purposes, means on chronic sensitivity to stigma cues are plotted for participants who are one standard deviation above and below the mean. Standard errors are represented in the figure by the error bars attached to each column.

Overview

So far we have examined factors that influence stigma cues and subsequent report of self-conscious emotions. Next, we examined if self-conscious emotions influenced the likelihood of attending to health communications. Furthermore, we tested if the effects from the first two studies would generalize across populations by including an Internet sample collected via Amazon's Mechanical Turk.

Method

Participants and design.

Participants were forty-nine users of Amazon's Mechanical Turk who received US\$0.50 in exchange for their participation. The design was a 2 (Information type: stigmatized vs. control) X 2 (Presence of others: others versus alone) repeated measures factorial.

Materials and measures.

Participants rated self-conscious emotions and fear following the brochure titles used in Study 1 when the information was either presented in (a) a crowded waiting room or (b) in a private exam room.

Emotion measures. Participants rated both self-conscious emotions (*Reading this brochure would lead me to feel self-conscious and be concerned that others would think I have [health issue]*) and fear (*Reading this brochure would lead me to think about something that is upsetting or overwhelming to think about*) on five-point scales ranging from 1 (*Strongly Disagree*) to 5 (*Strongly Agree*).

Likelihood measures. Participants rated likelihood of attention to health communications both in a public waiting room (*How likely would you be to read this brochure in the waiting room?*) and in a private exam room (*How likely would you be to read this brochure while alone in a private exam room?*) on five-point scales ranging from 1 (*Very Unlikely*) to 5 (*Very Likely*).

Results and Discussion

First, we tested whether self-conscious emotions would be strongest following stigmatized (versus control) health information presented in a crowded waiting room (versus a private exam room) by using repeated-measures ANOVA with information type and presence of others as two within-subjects factors predicting self-conscious emotion. Replicating the findings from previous studies, there was a significant two-way interaction between presence of others and information type ($F(1, 48) = 14.01, p < .001$; partial $\eta^2 = .27$; see Figure 3) such that participants reported increased self-conscious emotion following stigmatized versus control health information ($M_{\text{stigmatized}} = 3.09, SD_{\text{stigmatized}} = 1.41$; $M_{\text{control}} = 1.78, SD_{\text{control}} = 1.05$; $F(1, 48) = 62.85, p < .001$; Cohen's $d = .43$), particularly

when they imagined being in a public waiting room. In contrast, also replicating earlier results, the interaction between information type and delivery context did not influence fear ($F(1, 46) = 0.01, p = .92$; partial $\eta^2 = .00$).

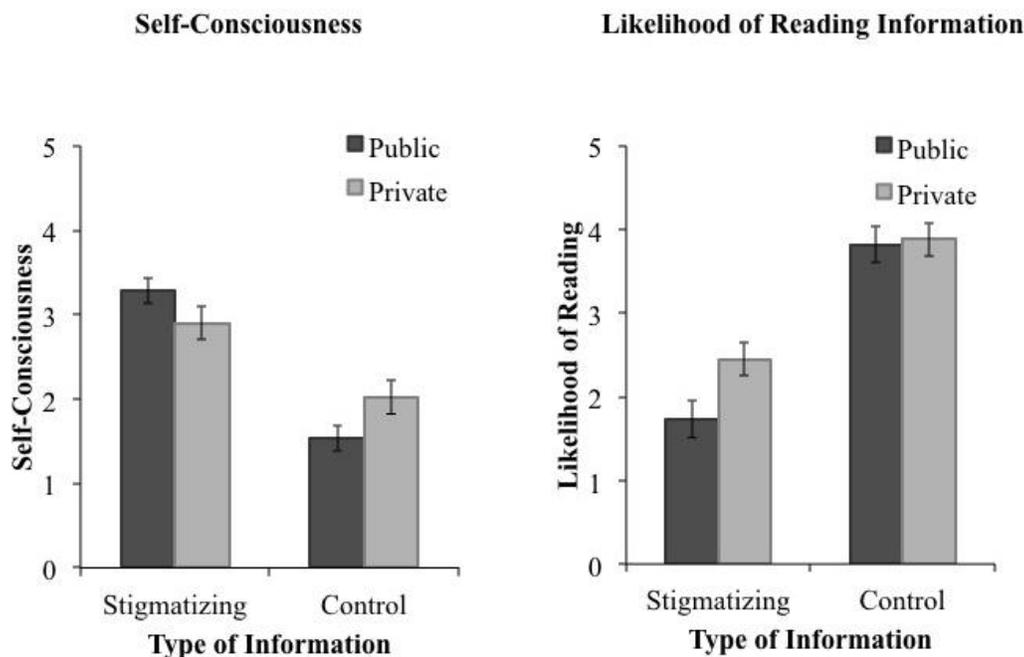


Figure 3. Self-reported self-consciousness (Panel A) and likelihood of attending to information (Panel B) in response to brochures about either stigmatizing or control health issues presented in either a public waiting room or a private exam room. Standard errors are represented in the figure by the error bars attached to each column.

Next, we tested if the likelihood of attending to the health communications varied as a function of information type and delivery context. Paralleling the self-conscious emotion data, there was a significant interaction between information type and delivery context on the likelihood of attending to health communications ($F(1, 48) = 13.36, p < .001$; partial $\eta^2 = .22$), such that participants were least likely to attend to stigmatizing health communications while in a public waiting room.

Additionally, we examined if self-conscious emotions would influence the likelihood of attending to health communications. For stigmatizing health communications, self-conscious emotions predicted decreased likelihood of attention when the information was presented in a waiting room ($\beta = -.51, p < .001$), but not in a private exam room ($\beta = -.05, p = .74$). In contrast, fear did not predict the likelihood of attention to stigmatizing communications in either delivery context (waiting room: $\beta = -.18, p = .23$; exam room: $\beta = .17, p = .25$). Furthermore, the relation between self-conscious emotions and likelihood of attending to stigmatizing health communications in a waiting room remained even when

controlling for fear ($\beta = -.54, p < .001$). Finally, the difference between self-conscious emotions in the waiting room versus exam room predicted the difference in likelihood of attention to stigmatizing health communications ($\beta = -.35, p = .02$). Taken together, these results indicate that increased self-reported self-conscious emotions predict decreased likelihood of attending to health communications.

Summary and Concluding Discussion

Across three studies, participants reported more self-conscious emotions in response to information about preventing stigmatized health issues when stigma cues are salient. In particular, presenting information about preventing stigmatized health issues when participants (a) perceive that others are present versus absent, and (b) are high versus low in chronic sensitivity to stigma cues resulted in higher levels of self-reported self-conscious emotions. Of note, the pattern of results for self-conscious emotions did not replicate with fear, suggesting a highly specific effect. In addition, self-conscious emotions, but not fear, predicted the likelihood of attending to health communications.

Implications for Health Communication Design

Our work suggests that participants are most likely to report self-conscious emotions when presented with information about preventing stigmatized health issues in the presence of others. Unfortunately, these are precisely the conditions under which information about preventing stigmatized health issues is typically presented at public health facilities and hospitals. One implication of this work, then, is that information designed to prevent such stigmatized diseases as genital herpes or HIV may not reach target audiences. Instead, target audiences may report self-conscious emotions in response to information about preventing stigmatized health issues and subsequently avoid this information as a way of coping with these emotions. More effective strategies of information dissemination might include offering information about preventing stigmatized health issues after participants have left the main waiting room, for instance when participants are waiting for a health care practitioner alone in an individual clinic room.

Another potentially fruitful strategy may be to decrease stigma cues as a way of increasing engagement with information about preventing stigmatized health issues. For instance, a meta-intervention, or scripted introduction to a pre-existing intervention program designed to increase enrolment in the program (Albarracín, Durantini, Earl, Gunnoe, & Leeper, 2008), could specifically target stigma cues. Future work should also address the possibility of decreasing the salience of stigma cues as a way of increasing attention to health information.

Limitations and Final Note

Although previous work does suggest that self-conscious emotions can have negative effects on testing and health care seeking (Fortenberry et al., 2002; Meiberg et al., 2008), we did not directly measure behaviour in any of our studies.

As such, future research should address if the increases in self-conscious emotions and corresponding decreases in likelihood of attending to health communications we reported here do in fact result in decrements in attention to information about preventing stigmatized health issues.

For health communication campaigns to be most effective at ultimately reducing disease, health communications researchers must take into account whether or not target audiences receive prevention messages. Our work suggests that stigma cues may increase reported self-conscious emotions, yet decrease likelihood of attention to health information. As such, health communications researchers should consider how information about preventing stigmatized health issues is presented to minimize the deleterious effects of stigma on attention to health information.

References

- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (2005). The influence of attitudes on behavior. In D. Albarracín, B.T. Johnson, & M.P. Zanna (Eds.), *The Handbook of Attitudes*, pp.173-221. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Albarracín, D., Durantini, M.R., & Earl, A.(2006). *Qualitative field study with clients of the Alachua County Health Department*. Unpublished data.
- Albarracín, D., Durantini, M.R., Earl, A., Gunnoe, J.B., & Leeper, J. (2008). Beyond the most willing audiences: A meta-intervention to increase exposure to HIV prevention interventions. *Health Psychology, 27*, 638-644.
- Clore, G.L., Schwarz, N. & Conway, M. (1994). Affective causes and consequences of social information processing. In R.S. Wyer, Jr. & T.K. Srull (Eds.) *Handbook of Social Cognition, Volume 1*. 2nd Edition, pp. 323-417.
- Derlega, V.J., Winstead, B.A., Greene, K., Serovich, J., & Elwood, W.N. (2002). Perceived HIV-related stigma and HIV disclosure to relationship partners after finding out about the seropositive diagnosis. *Journal of Health Psychology, 7*, 415-432.
- Dovidio, J.F., Major, B., & Crocker, J. (2000). Stigma: Introduction and overview. In T.F. Heatherton, R.E. Kleck, M.R. Hebl, & J.G. Hull, (Eds). *The Social Psychology of Stigma*, pp. 1-8. New York, NY: Guilford Press.
- Downey, G., & Feldman, S.I. (1996). Implications of rejection sensitivity for intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology, 70*, 1327-1343.
- Earl, A., & Albarracín, D. (2007). Nature, decay, and spiraling of the effects of fear-inducing arguments and HIV counseling and testing: A meta-analysis of the short- and long-term outcomes of HIV-prevention interventions. *Health Psychology, 26*, 496-506.
- Earl, A., Albarracín, D., Durantini, M.R., Gunnoe, J.B., Leeper, J., & Levitt, J. (2008). Participation in counseling programs: High-risk participants are reluctant to enroll in HIV-prevention counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*, 668-679.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison Wesley.
- Fisher, J. D., & Fisher, W. A. (1992). Changing AIDS-risk behavior. *Psychological Bulletin, 111*, 455-474.

- Fisher, J. D., & Fisher, W. A. (2000). Theoretical approaches to individual-level change in HIV risk behavior. In J. L. Peterson & C. C. DiClemente (Eds.), *Handbook of HIV prevention* (pp. 3–55). New York: Kluwer Academic/Plenum Press.
- Fortenberry, J.D., McFarlane, M., Bleakley, A., Bull, S., Fishbein, M., Grimley, D.M., Malotte, K., & Stoner, B.P. (2002). Relationships of stigma and shame to gonorrhea and HIV screening. *American Journal of Public Health, 92*, 378-381.
- Frijda, N.H., Kuipers, P., & ter Schure, E. (1989). Relations among emotion, appraisal and emotional action readiness. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*, 212-228.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly, 11*, 1–47.
- Meiberg, A.E., Bos, A.E.R., Onya, H.E., & Schaalma, H.P. (2008). Fear of stigmatization as barrier to voluntary HIV counseling and testing in South Africa. *East African Journal of Public Health, 5*, 49-54.
- Mendoza-Denton, R., Downey, G., Purdie, V., Davis, A., & Pietrzak, J. (2002). Sensitivity to race-based rejection: Implications for African-American students' college experience. *Journal of Personality and Social Psychology, 83*, 896-918.
- Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology, 91*, 93–114.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1994). The health belief model and HIV risk behavior change. In R. J. DiClemente & J. L. Peterson (Eds.), *Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions* (pp. 5–24). New York: Plenum Press.
- Shah, J.Y. (2003). Automatic for the people: How representations of significant others implicitly affect goal pursuit. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*, 661-681.
- Siegel, K., & Schrimshaw, E.W. (2000). Coping with negative emotions: The cognitive strategies of HIV-infected gay/bisexual men. *Journal of Health Psychology, 5*, 517-530.

Acknowledgements

Allison Earl, Department of Psychology, University of Michigan, Christina A. Carino, Department of Psychology, University of Michigan, and Dolores Albarracín, Annenberg School for Communication, University of Pennsylvania.

This research was supported by the National Institute of Mental Health under Grant 1 F31 MH086324-01 to Allison Earl and the National Institutes of Health under Grants K02 MH01861 and R01 NR08325 to Dolores Albarracín. Some of the analyses in some of the studies were included as part of a doctoral dissertation conducted by the first author under the direction of the third author. The authors do not have any financial interest or benefit arising from the direct applications of this research.

Riesgo Suicida y Síntomas Depresivos en Padres de Hijos con Enfermedad Neuromuscular

Miguel de Alba Agredano¹, Amelia Castellanos Valencia, Luis Miguel Sánchez Loyo

Centro de Rehabilitación Infantil Teletón de Occidente México

Resumen

Objetivo: Correlacionar características sociodemográficas, clínicas y síntomas depresivos con riesgo suicida en padres de pacientes con enfermedad neuromuscular (ENM). **Diseño:** Estudio prospectivo, transversal analítico. **Método:** se evaluaron padres de hijos con ENM, mediante un inventario de depresión y una escala de riesgo suicida. Se correlacionaron riesgo suicida, síntomas depresivos y factores sociodemográficos de los padres y características clínicas del hijo con ENM. **Resultados:** Evaluados 54 cuidadores, 52 (96%) fueron madres, edad promedio 43.43 ±8.2 (20 a 58). Edad de los hijos 16.61 ±5.6 (8 a 27) años. El 24% de los participantes refirieron síntomas de depresión y 15% de riesgo suicida. Ningún factor socio demográfico o clínico tuvo asociación con riesgo suicida. Hubo correlación directa de los síntomas depresivos con riesgo suicida ($r = .86$ y $r^2 = .73$). En el análisis multivariado fueron significativos para riesgo suicida, la indecisión ($rm=18.48$), ideación suicida activa ($rm=14.04$), sentimientos de culpa ($rm=11.44$), el pesimismo ($rm=11.38$) y pérdida de interés en el sexo ($rm=8.4$). **Conclusión:** El riesgo suicida de los padres de hijos con ENM se correlaciona con los síntomas depresivos de indecisión, sentimientos de culpa, pesimismo e ideación suicida. Por ello, es importante el apoyo psicoterapéutico a los padres de los pacientes.

Palabras Clave: Depresión, Distrofia Muscular de Duchenne, Enfermedad Neuromuscular, Indecisión, Suicidio

Abreviaturas: Enfermedad Neuromuscular (ENM), Distrofia Muscular de Duchenne (DMD), Síntomas Depresivos (SD), Riesgo Suicida (RS)

Suicide Risk and Depressive Symptoms among Parents of Children with Neuromuscular Disease

Abstract

Aim: To correlate clinical, social, demographic characteristics and depressive symptoms with suicide risk among parents of patients with neuromuscular diseases in rehabilitation. The study design was prospective, transversal and analytic. **Method:** the study was conducted on parents of children with neuromuscular diseases (NMD), from the Teletón Children's rehabilitation centre of Western Mexico (Centro de Rehabilitación Teletón de Occidente), through the use of individual validated standardised tests; Beck's depression inventory and Plutchik's suicide risk scale. Correlation was measured between suicide risk, depressive symptoms and clinical, social-demographic characteristics. The informed consent was obtained from all participants. **Results:** 54 parents were evaluated, 52 (96%) were mothers, average age 43.43 ±8.2 (20 to 58). The average age of children was 16.61 ±5.6 (8 to 27). 24% of parents showed depression, 15% of participants showed suicidal risk. Social or demographic factors were not correlated with suicide risk. Neither, the clinical characteristics of the patients with neuromuscular diseases were correlated to suicide risk in participants. There was direct correlation of depressive symptoms with suicide risk ($r = 0.86$; $r^2 = 0.73$). Multivariate analysis only revealed significant data on indecision ($rm=18.48$), feelings of guilt ($rm=11.44$), pessimism ($rm=11.38$), loss of interest in sex ($rm=8.4$) and active suicide ideation ($rm=14.04$). **Conclusion:** The suicide risk in the parents of children with NMD are correlated with depressive symptoms; mainly, indecision, feelings of guilt, pessimism and suicide ideation. Based on results, the parents of children with NMD must be involved in prevention strategies for depression symptoms and suicide behavior.

Keywords: Depression, Duchenne's Muscular Dystrophy, Neuromuscular Disease, Indecision, Suicide

Abbreviations: Neuromuscular Disease (NMD), Duchenne's Muscular Dystrophy (DMD), Depressive Symptoms (DS), Suicide Risk (SR).

Original recibido / Original received: 04/07/2014 Aceptado / Accepted: 10/12/2014

¹ m_dealba_a@hotmail.com

Introducción

Las enfermedades neuromusculares son trastornos heterogéneos de origen genético vinculadas con la deficiencia o ausencia de proteínas estructurales de las fibras musculares, caracterizada por debilidad (Coral-Vázquez, López-Hernández, & Ruano-Calderón, 2010). De ellas, la Distrofia Muscular de Duchenne (DMD) es la más común (López-Pisón & Baldellou-Vázquez, 2005) ésta es considerada como una enfermedad crónica y terminal, que genera discapacidad en los afectados y un alto impacto económico y social en sus familias (Nereo, Fee, & Hinton, 2003). Los pacientes presentan pérdidas funcionales continuas y progresivas, como la deambulación, escoliosis, disfunción respiratoria, cardiomiopatías, disfagia, reflujo y desnutrición (Cammarata-Scalisi, 2008; López-Hernández, Vázquez-Cárdenas, & Luna-Padrón, 2009). La muerte del paciente, frecuentemente, ocurre a partir de los veinte años por falla cardiorrespiratoria, a pesar de estar sometidos a ventilación mecánica como medida paliativa, importante en términos de sobrevida y calidad de vida en estos pacientes y sus familias (Simonds & Anita, 2006). La dependencia del paciente en su vida diaria causa en el cuidador familiar, un deterioro físico y mental progresivo que genera síntomas depresivos, que pone en riesgo su salud psíquica e inducen a un estado de desesperanza e ideas de autodestrucción (Abi-Daoud, Dooley, & Gordon, 2004; Thompson, Zeman, Fanurik, & Sirotkin-Roses, 1992). Los intentos suicidas se encuentran estrechamente relacionados con manifestaciones de depresión clínica recurrente (Guillaume, Jausset, Jollant, Rihmer, Malafosse, & Courtet, 2010; Rihmer & Gonda, 2012), por tal motivo la sintomatología depresiva debe ser explorada debido a que la enfermedad terminal progresiva de los hijos puede incrementar las conductas suicidas (Guillaume, Jausset, Jollant, Rihmer, Malafosse, & Courtet, 2010).

Por lo anterior, los objetivos del presente trabajo fueron identificar síntomas depresivos y riesgo suicida en padres de pacientes con distrofia y atrofia muscular en rehabilitación; .determinar la asociación entre los aspectos sociodemográficos de los padres y sus familias, el tipo de diagnóstico del hijo con ENM y la etapa de evolución de la ENM con los síntomas depresivos y el riesgo suicida, y por último determinar cuáles síntomas depresivos se asociaban al riesgo suicida.

Material y métodos

Se realizó el estudio prospectivo, transversal, analítico, dónde participaron todos los padres de hijos con diagnóstico de enfermedad neuromuscular que acudían a seguimiento psicológico y tanatológico de manera frecuente.

Se recabaron datos sociodemográficos de los padres, la familia y de su hijo con ENM, así como, los datos de la etapa en el desarrollo de la distrofia muscular del expediente clínico del paciente con ENM.

Los instrumentos aplicados fueron el inventario de depresión de Beck y la escala de riesgo suicida de Plutchik. El primero consta de 21 reactivos, que se califica de 0 a 3 de acuerdo a la frecuencia y severidad del síntoma. La puntuación permite clasificar a cuatro grupos: 0-13 valor de corte con mínima depresión; 14-

19 depresión leve; 20-28 depresión moderada y 29-63 depresión severa (Beck, Steer, & Brown, 1996). La confiabilidad del inventario con el alfa de Cronbach fue de 0.785 en este estudio.

La Escala de riesgo suicida de Plutchik consta de 15 ítems, con respuestas dicotómicas. Valora intentos suicidas previos, intensidad de la ideación suicida actual, sentimientos de depresión y desesperanza. A mayor puntuación indica mayor riesgo, con un punto de corte de ≥ 6 (Plutchik, Van Praga, Conte, & Picard, 1989; Rubio, Montero, Jáuregui, Villanueva, Casado, & Marín, 1998). Tuvo un alfa de Cronbach de 0.778 en este estudio.

Procedimiento

Se recabaron los datos socio-demográficos de los padres, de la familia y el hijo con ENM, así como los datos clínicos del paciente con ENM. Se revisaron los expedientes clínicos de cada paciente para tomar dicha información.

La aplicación de los instrumentos se hizo de forma autoaplicada, de manera individual, en un consultorio, en presencia de su psicoterapeuta, previo otorgamiento de consentimiento informado.

Análisis estadístico: se realizó descripción de frecuencias de las características de padres y pacientes con medidas de tendencia central en variables socio demográficas medidas en escala numérica y distribución normal, la desviación estándar se usó para describir la dispersión de los datos, además de usar proporciones, en variables nominales. Se evaluó la asociación de las características socio demográfico y síntomas depresivos con la variable dependiente riesgo suicida, mediante análisis bivariado, la fuerza y sentido de asociación entre variables se determinó mediante el cálculo de la razón de momios, con un intervalo de confianza del 95% y posteriormente se usó el multivariado, de regresión logística. Además se evaluó coeficiente de correlación Pearson de riesgo suicida con total de síntomas depresivos obteniendo el coeficiente de determinación para predicción de riesgo suicida, con significancia < 0.05 . Se usó SPSS 19 y PRIMER.

El proyecto contó con autorización de la Comisión de Ética en Investigación del Centro de Rehabilitación Infantil Teletón de Occidente, México en mayo de 2011. Todos los participantes dieron su consentimiento informado para la realización del presente estudio.

Resultados

Se evaluaron 54 padres de pacientes edad promedio 43.5 años, en su mayoría madres: La edad promedio de su hijo con ENM fue de 16.8 años. El diagnóstico dado al hijo con ENM más frecuente fue distrofia muscular de Duchenne 74%.

No se observó asociación de ningún factor socio demográfico paterno ni de pacientes con ENM para el riesgo suicida, ni para los síntomas de depresión (*Tabla 1 y 2*).

Tabla 1
Riesgo suicida, síntomas depresivos y características de los padres de hijos con ENM

	N (%)	Número e padres con Síntomas depresivos >13p	Número e padres con riesgo suicida $\geq 6p$
Sexo		* $p=.586$	* $p=.599$
Masculino	2 (4)	1	0
Femenino	52 (96)	12	8
Edad promedio 43.43 ± 8.2 (20 a 58)		$p=.372$	$p=.441$
28-45	29 (53.7)	8	5
46-58	25 (46.3)	5	3
Escolaridad		$p=.488$	$p=.588$
0 a 6 años	19 (35.2)	4	3
> 7 años	35 (64.8)	9	5
Estado civil		$p=.529$	$p=.198$
Con pareja	43 (79.6)	10	5
Sin pareja	11 (20.4)	3	3
Situación laboral		$p=.617$	$p=.491$
Con empleo	17 (68.5)	9	3
Sin empleo	37 (31.5)	4	5
Número de hijos		$p=.619$	$p=.412$
1 y 2 hijos	12 (22.2)	3	1
3 a 7 hijos	41 (75.9)	10	7
Tiempo de asistencia al CRIT		$p=.549$	$p=.156$
> 2 años	44 (18.5)	11	3
< 2 años	10 (81.5)	2	5
Seguimiento tanatológico		$p=.488$	$p=.145$
Sí	19 (35.25)	4	1
No	35 (64.8)	9	7

Nota: *análisis bivariado χ^2

Tabla 2
Riesgo suicida, síntomas depresivos y características de los hijos con ENM

	N (%)	n de padres con Síntomas depresivos >13p	n de padres con riesgo suicida $\geq 6p$
Sexo*		** $p=.467$	** $p=.473$
Femenino	10 (18.8)	3	2
Masculino	43 (81.2)	10	6
Edad 16.61 ± 5.6 (8 a 27)		** $p=.45$	** $p=.660$
8 a 11 años	14 (25.92)	4	2
12 a 27 años	40 (74.08)	9	6
Diagnóstico*		** $p=.331$	** $p=.627$
Distrofia	41 (75.9)	11	6
Atrofia	13 (24.1)	2	2
Hermanos*		** $p=.500$	** $p=.352$
1 hermano	27 (50)	7	5
≥ 2 hermanos	27 (50)	6	3

Nota: *Proporción, **análisis bivariado χ^2

Mediante el análisis bivariado de los 21 síntomas de depresión evaluados en el Inventario de depresión de Beck, sólo 16 tuvieron fuerza de asociación mayor de 3 para riesgo suicida y se incluyeron en el análisis de regresión logística por pasos de los cuales sólo indecisión, sentimientos de culpa, pesimismo (desesperanza), pérdida de interés en el sexo y la ideación suicida activa, tuvieron significancia estadística (ver Tabla 3). Como se observa la mayoría de estos síntomas pueden considerarse de naturaleza cognitiva en tal sentido, estos factores determinan la dimensión autoinformada de la depresión.

Tabla 3

Análisis bivariado en regresión logística riesgo suicida y síntomas depresivos en padres de hijos con ENM

	Con Riesgo suicida	Sin Riesgo Suicida	RM	IC	Sig. X ²
Tristeza	8	21	7.798	0.333-0.626	0.005
Pesimismo (desesperanza) *	8	16	11.385	0.234-0.517	0.001*
Fracaso	5	5	11.718	2.48-75.3	.001
Pérdida de placer	5	12	4.003	0.97-22.8	.004
Sentimientos de culpa *	6	9	11.442	2.12-71.5	.001*
Sentimientos de castigo	4	11	2.186	0.68-14.8	.139
Disconformidad con uno mismo	5	6	9.983	2-57.5	.002
Autocrítica	5	15	2.459	0.72-16.3	.012
Pensamientos o ideas suicidas *	4	2	14.041	3-157	.000*
Llanto	4	8	4.900	0.98-23	.027
Agitación	6	17	3.831	0.93-28.2	.050
Perdida de interés	5	3	16.522	3.7-151.7	.000
Indecisión *	4	1	18.148	4-505	.000*
Desvalorización	5	11	4.668	1-25.8	.031
Pérdida de energía	6	21	2.182	0.65-19.6	.140
Cambios en los hábitos de sueño	5	27	.062	0.25-5.5	.803
Irritabilidad	6	18	3.358	0.85-25.7	.067
Cambios en el apetito	5	8	7.339	1.56-40	.007
Dificultad de concentración	2	8	.231	0.27-9.3	.630
Cansancio o fatiga	7	19	5.572	1.13-87.6	.018
Pérdida de interés en el sexo *	8	20	8.413	0.31-0.6	.004*

Nota: * $p < .001$ en la regresión logística

Se observó que los participantes con mayor puntuación en síntomas depresivos se relacionaron a riesgo suicida con un alto valor predictivo ($r^2 = .73$ $p < .001$).

Discusión

La labor de proporcionar cuidados constantes a un enfermo por un tiempo prolongado, produce, astenia, fatiga, sensación de fracaso, deshumanización de la asistencia, insomnio, síntomas somáticos, pérdida del sentido de la prioridad, estado depresivo, aislamiento social, mayor automedicación, irritabilidad, falta de organización, pobre concentración y rendimiento, pérdida de autoestima, desgaste emocional severo que pueden desencadenar trastornos psiquiátricos (Goode, Roth, & Ford, 1998; Sang, Sang, Jae, Eun, & Yoon, 2010). Particularmente, estos síntomas del malestar psíquico son importantes por los cuidados requeridos en la ENM, por ser una enfermedad crónica, degenerativa y mortal. Entre los cuidados requeridos están el apoyo en la deambulación y el apoyo ventilatorio (Cammarata-Scalisi, 2008; Simonds & Anita, 2006).

El pronóstico no favorable para los pacientes con ENM genera en los padres, cuidadores primarios ansiedad, aislamiento social (Boyer, Drame, Morrone, & Novella, 2006) y síntomas depresivos (Abi-Daoud, Dooley, & Gordon, 2004) lo cual se pudiera relacionar con el riesgo suicida.

La conducta suicida en padres de pacientes con ENM fue más alta (15%) en comparación a la encontrada en la media nacional (5.8%) (Borges, Orozco, Benjet, & Medina-Mora, 2010). Se ha demostrado que un mayor dolor psicológico durante un estado depresivo incrementa el riesgo de conducta suicida con una alta correlación (Amaya, Bruce, Herrán, Martín, Muñoz, & Abella, 2013; Olié, Guillaume, Jausent, Courtet, & Jollant, 2010).

El comportamiento suicida es un continuo que va desde la ideación en sus diferentes expresiones, pasando por las amenazas, los gestos e intentos, hasta el suicidio (Nizama, 2011). Entre los factores asociados al riesgo suicida se observaron: sentimientos de culpa, pérdida de placer en el sexo, desesperanza ó pesimismo respecto al futuro, que son desencadenados por situaciones agobiantes (Niméus, Alsén, & Träskman-Bendz, 2001). El factor de riesgo con mayor relevancia para el riesgo suicida fue la indecisión. Estudios previos han demostrado que el daño en la corteza prefrontal manifestado por alteración en la toma de decisiones y asociada a disfunción emocional puede ser factor de riesgo neuropsicológico para una conducta suicida (Jollant, y otros, 2005).

El riesgo suicida y la severidad de la sintomatología depresiva no se asociaron con variables sociodemográficas. Se ha señalado que la depresión en padres cuidadores de pacientes con distrofia muscular no se ha relacionado aspectos sociodemográficos del ENM o de los propios cuidadores (Abi-Daoud, Dooley, & Gordon, 2004). Lo anterior permite señalar que el cuidar a un ENM es en sí mismo un factor depresógeno, al constituirse como un hecho negativo en la vida familiar. Se ha documentado que las adversidades incrementan el riesgo suicida en individuos susceptibles (Raust, y otros, 2007; Turecki, Ernst, Jollant, Labonté, & Mechawar, 2012).

Por lo anterior, es importante que las instituciones de salud brinden servicios a los padres y/o cuidadores principales en acciones que ayuden a reducir el estrés, la sintomatología depresiva y el posible riesgo suicida, como estrategias de apoyo. Se ha señalado que fortalecer la resiliencia, la promoción del establecimiento de redes sociales de apoyo, (Kennesson & Bobo, 2010) enseñar

cómo lidiar con la ansiedad (Pangalila, van den Bos, Stam, van Exel, Brouwer, & Roebroek, 2012) y la psicoterapia son efectivas para atender la depresión de los padres y/o los cuidadores principales (Abi-Daoud, Dooley, & Gordon, 2004).

Conclusión

Los padres de hijos con ENM presentaron riesgo suicida asociado a síntomas depresivos de indecisión, sentimientos de culpa, pesimismo e ideación suicida; el riesgo suicida no se asoció a las variables sociodemográficas de los padres, de la familia o del paciente con ENM, tampoco se asoció con las características clínicas, ni con la etapa de evolución de la ENM. Esto es importante para un enfoque de intervención clínica y psicoterapéutica con estos padres, el debe ser implementado desde el inicio de la atención clínica de los pacientes con ENM y mantenerse hasta el deceso del paciente.

Alcances y limitaciones

Los participantes fueron seleccionados de una institución, la cual brinda seguimiento psicológico y tanatológico por lo cual existe un sesgo de Berkson debido a que el apoyo psicológico a los padres de los pacientes podría enmascarar la verdadera prevalencia de depresión y riesgo suicida. Considerar participantes de otras instituciones que no den apoyo psicológico a los cuidadores del paciente con ENM pudiera ayudar a determinar la severidad de la sintomatología depresiva y el riesgo suicida.

Al solo considerar como participantes a padres de un paciente con ENM no se pueden generalizar los hallazgos a los padres de pacientes con padecimiento no crónico-degenerativo. Sería relevante comparar la sintomatología depresiva y riesgo suicida entre padres de pacientes con diferentes enfermedades discapacitantes, algunas de ellas como la ENM y otras que requieren menor carga de cuidados o que no tienen una resolución mortal.

A su vez, sería relevante realizar un estudio longitudinal sobre la evolución de los síntomas depresivos y riesgo suicida en los padres de pacientes con ENM desde la etapa prediagnóstica hasta el deceso del paciente para identificar posibles fluctuaciones en el malestar emocional de los padres, para dicha información proveer apoyo adecuado.

A pesar de las limitaciones, el trabajo provee información relevante sobre la sintomatología depresiva y el riesgo suicida en padres de pacientes con ENM, la cual puede ser empleada para diseñar, implementar y evaluar estrategias para el manejo de dicha sintomatología en esta población vulnerable.

Por otro lado, el trabajo provee información sobre la condición de vulnerabilidad en la salud mental de los padres de los pacientes con ENM que no se asocia a las características sociodemográficas o de la clínica del paciente y a pesar de contar con seguimiento psicológico y tanatológico. Ante esta condición de vulnerabilidad, es indispensable proveer el apoyo y cuidado en la salud mental

para promover factores protectores y en casos que lo amerite iniciar con tratamientos psicofarmacológicos y psicoterapéuticos especializados.

Referencias

- Abi-Daoud, M. S., Dooley, J. M., & Gordon, K. E. (2004). Depression in parents of children with Duchenne muscular dystrophy. *Pediatric Neurology*, *31*, 16-19.
- Amaya, A., Bruce, A., Herrán, D., Martín, A., Muñoz, K., & Abella, P. (2013). Variables asociadas a riesgo de suicidio en pacientes con dolor crónico atendidos por consulta externa en un hospital de Bogotá. *Revista Colombiana de Anestesiología*, *41* (4), 267-273.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory Second Edition*. (A. Beck, Trad.) San Antonio: Psychological Corporation.
- Borges, G., Orozco, R., Benjet, C., & Medina-Mora, M. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública de México*, *52* (4), 292-304.
- Boyer, F., Drame, M., Morrone, I., & Novella, J. L. (2006). Factors relating to carer burden for families of persons with muscular dystrophy. *Journal of Rehabilitation Medicine*, *38* (5), 309-315.
- Cammarata-Scalisi, F. (2008). Distrofia muscular de Duchenne, presentación clínica. *Revista Chilena de Pediatría*, *79* (5), 495-501.
- Coral-Vázquez, R. M., López- Hernández, L. B., & Ruano-Calderón, L. A. (2010). Distrofias musculares en México: un enfoque clínico, bioquímico y molecular. *Revista Española de Medicina Quirúrgica*, *15* (3), 152-160.
- Goode, K. T., Roth, D. L., & Ford, G. R. (1998). Predicting longitudinal changes in caregiver physical and mental health: A stress process model. *Health Psychology*, *17* (2), 190-198.
- Guillaume, S., Jaussent, I., Jollant, F., Rihmer, Z., Malafosse, A., & Courtet, P. (2010). Suicide attempt characteristics may orientate toward a bipolar disorder in attempters with recurrent depression. *Journal of Affective Disorders*, *122* (1), 53-59.
- Jollant, F., Bellivier, F., Leboyer, M., Astruc, B., Torres, S., Verdier, R., y otros. (2005). Impaired Decision Making in Suicide Attempters. *American Journal of Psychiatry*, *162* (2), 304-310.
- Kennesson, A., & Bobo, J. K. (2010). The effect of caregiving on women in families with Duchenne/Becker muscular dystrophy. *Health and Social Care in the Community*, *18* (5), 520-528.
- López-Hernández, L. B., Vázquez-Cárdenas, N. A., & Luna-Padrón, E. (2009). Distrofia Muscular de Duchenne: actualidad y perspectivas de tratamiento. *Revista de Neurología*, *49* (7), 369-375.
- López-Pisón, J., & Baldellou-Vázquez, A. (2005). Enfermedades neuromusculares hereditarias en Pediatría. Nuestra experiencia en 14 años. *Revista de Neurología*, *41* (3), 145-150.

- Nereo, N. E., Fee, R., & Hinton, V. (2003). Parental stress in mothers of boys with Duchenne Muscular Dystrophy. *Journal of pediatric psychology* , 28 (7), 473-484.
- Niméus, A., Alsén, M., & Träskman-Bendz, L. (2001). La Escala de Evaluación del Suicidio: un instrumento que evalúa el riesgo de suicidio de personas que han intentado quitarse la vida. *European Psychiatry Ed. Esp.* , 8, 54-62.
- Nizama, M. (2011). Suicidio. *Revista Peruana de Epidemiología* , 15 (2), 81-85.
- Olié, E., Guillaume, S., Jausset, I., Courtet, P., & Jollant, F. (2010). Higher psychological pain during a major depressive episode may be a factor of vulnerability to suicidal ideation and act. *Journal of Affective Disorders* , 120 (1), 226-30.
- Pangalila, R. F., van den Bos, G. A., Stam, H. J., van Exel, N. J., Brouwer, W. B., & Roebroek, M. E. (2012). Subjective caregiver burden of parents of adults with Duchenne muscular dystrophy. *Disability & Rehabilitation* , 34 (12), 988-996.
- Plutchik, R., Van Praga, H. M., Conte, H. R., & Picard, S. (1989). Correlates of Suicide and Violence Risk1: The Suicide Risk Measure. *Comprehensive Psychiatry* , 30 (4), 296-302.
- Raust, A., Slama, F., Mathieu, F., Roy, I., Chenu, A., Koncke, D., y otros. (2007). Prefrontal cortex dysfunction in patients with suicidal behavior. *Psychological Medicine* , 37 (3), 411-419.
- Rihmer, Z., & Gonda, X. (2012). Predisposition for self-destruction? Affective temperaments as a suicide risk factor in patients with mood disorders. *The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention* , 33 (6), 309-312.
- Rubio, G., Montero, I., Jáuregui, J., Villanueva, R., Casado, M. A., & Marín, J. J. (1998). Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española. *Archivos de Neurobiología* , 61 (2), 143-152.
- Sang, H. I., Sang, C. L., Jae, H. M., Eun, S. P., & Yoon, G. P. (2010). Quality of life for primary caregivers of muscular dystrophy patients in South Korea. *Chinese Medicine Journal* , 123 (4), 452-457.
- Simonds, K., & Anita, M. D. (2006). Recent Advances in Respiratory Care for Neuromuscular Disease. *CHEST* (130), 1879-1886.
- Thompson, R. J., Zeman, J. L., Fanurik, D., & Sirotkin-Roses, M. (1992). The role of parent stress and coping and family functioning in parent and child adjustment to Duchenne muscular dystrophy. *Journal of Clinical Psychology* , 48 (1), 11-19.
- Turecki, G., Ernst, C., Jollant, F., Labonté, B., & Mechawar, N. (2012). The neurodevelopmental origins of suicidal behavior. *Trends in Neurosciences* , 35 (1), 14-23.

Aspectos Psicosociales Relacionados con el TEPT en Pacientes con Cáncer de Mama

Fresia Paloma Hernández Moreno¹ y René Landero Hernández
Universidad Autónoma de Nuevo León

Resumen

El objetivo del estudio fue analizar la relación del estrés, la depresión y las estrategias de afrontamiento con el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en una muestra de pacientes con cáncer de mama. Se realizó con una muestra no probabilística de 52 mujeres con cáncer de mama. Se encontró una relación entre TEPT y estrés ($r = .344$, $p = .014$), TEPT y depresión ($r_s = .346$, $p = .013$). El TEPT correlacionó con evitación cognitiva ($r = .437$, $p = .001$), TEPT y desesperanza ($r_s = .437$, $p = .001$) y TEPT con preocupación ansiosa ($r_s = .581$, $p = .001$). Las variables predictoras del TEPT fueron: estrés, depresión, evitación cognitiva y desesperanza, explicando el 43.9% de la varianza.

Palabras Clave: TEPT, Depresión, Estrés, Estrategias de Afrontamiento, Cáncer de Mama

Psychosocial Aspects Related with PTSD in Patients with Breast Cancer

Abstract

The aim of the study was analyze the relationship of stress, depression and coping strategies with PTSD in a sample of patients with breast cancer. With a nonrandom sample of 52 women with breast cancer. The results indicate a relationship between PTSD and stress ($r = .344$, $p = .014$), PTSD and depression ($r_s = .346$, $p = .013$), PTSD and cognitive avoidance ($r = .437$, $p = .001$), PTSD and hopelessness ($r_s = .437$, $p = .001$) and the anxious concern with PTSD ($r_s = .581$, $p = .001$). The predictors of PTSD were stress, depression, cognitive avoidance and hopelessness, explaining 43.9% of the variance.

Keywords: PTSD, Depression, Stress, Coping, Breast Cancer

Original recibido / Original received: 18/07/2014

Aceptado / Accepted: 03/11/2014

¹ Fresia Paloma Hernández Moreno, Universidad Autónoma de Nuevo León, UANL, Facultad de Psicología. Av. Universidad S/N Ciudad Universitaria, San Nicolás de los Garza, Nuevo León, C.P. 66451 México. Tel. (81) 83294050. e-mail: fresiahdez@hotmail.com, rlandero1_mx@yahoo.com.mx

Introducción

El cáncer puede conceptualizarse como un evento traumático, ya que se presenta una serie compleja de estresores y reacciones psicológicas que pueden irse acumulando. Todo esto derivado del diagnóstico y tratamiento del cáncer. Por lo cual esta experiencia puede verse como un conjunto de traumas discretos que pueden generarse en cada una de las etapas del proceso de enfermedad (Green, Epstein, Krupnick & Rowland, 1997).

Menhert y Koch (2007), evaluaron la sintomatología de estrés agudo (TEA) y postraumático en una muestra de pacientes con cáncer de mama o de sospecha de malignidad. Evaluaron tras la cirugía, donde encontraron un porcentaje de prevalencia de TEPT del 18.5% y seis meses después una prevalencia de 16.3% de TEPT. Además, informaron que las mujeres con diagnóstico de TEPT relacionado con el cáncer o TEA tenían más probabilidades de tener un trastorno comórbido.

Los problemas físicos asociados al cáncer pueden ser interpretados como fuente de estrés (Constanzo et al., 2007). Silva y Dos Santos (2010), encontraron en su investigación con mujeres con cáncer de mama, que los principales factores estresantes eran: la alteración de su cuerpo debido a los diversos tratamientos, la recurrencia de pensamientos y sentimientos experimentados en relación a su condición de salud, los conflictos que se generaron en sus áreas familiares y sociales, así como el aspecto laboral, debido a las alteraciones experimentadas en su capacidad productiva en ésta área.

La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos que más se asocian con el cáncer (Cano, 2005; Mate, Hollenstein & Gil, 2004). Además, existe evidencia de que la depresión produce cambios en el sistema inmunológico y endócrino (Tobón & Vinaccia, 2003). Según el estudio de Ornelas-Mejorada & Sánchez-Sosa (2011) en pacientes con cáncer de mama que estaban recibiendo radioterapia, las pacientes deprimidas tenían más efectos secundarios como resequedad de boca, irritación en la piel, y dolor en la zona radiada.

El mejor indicador de cómo sobrellevará una mujer el cáncer de mama será su modo de afrontar la situaciones traumáticas (Haber, 2000). Ya que como lo menciona Fawzy et al., (1993), el afrontamiento activo ante una enfermedad de gravedad está asociado a la reducción de la tensión asociada a dicha patología. Respecto al afrontamiento al cáncer, Greer, Morris y Pettingale (1979) identificaron cinco tipos de ajuste al cáncer: Espíritu de Lucha, Evitación Cognitiva, Fatalismo, Desamparo/desesperanza y Preocupación Ansiosa. Estos los definen como las respuestas cognitivas y conductuales que lleva a cabo un sujeto ante su diagnóstico de cáncer.

Varios estudios centrados en evaluar la utilización de la preocupación ansiosa en pacientes con diversos tipos de cáncer, han encontrado asociada a elevados niveles de depresión y ansiedad (Ferrero, Barreto & Toledo, 1994; Schwartz, Daltroy, Brandt & Friedman., 1992). Existe una similitud entre esta estrategia de afrontamiento, y los síntomas de activación del TEPT, en cuanto al estado de alerta y focalización y los síntomas del TEPT que se han observado en pacientes con cáncer (Cordova et al., 1995; Eckhardt; 1998).

Por su parte, Schroevers, Kraaij y Garnefski (2011), revelaron que las distintas formas de afrontar la experiencia de cáncer generan diferencias en el bienestar psicológico de estas personas, sugieren que la evitación de pensamientos relacionados con la enfermedad está relacionada con menor nivel de bienestar y un menor nivel de autoconfianza, peores relaciones sociales y un menor sentido vital. Así como la utilización de estrategias de afrontamiento activo, las cuáles se refieren al enfrentamiento de los estresores por medio de la búsqueda activa de apoyo social y/o mediante la reestructuración cognitiva, esta entendida como el cambio al significado del evento estresante, está asociado con una mejor calidad de vida en este tipo de pacientes (Mera & Ortíz, 2012).

Por lo que este tipo de pacientes puede tener riesgo de depresión debido a pobres habilidades de afrontamiento, escaso apoyo social, antecedentes de problemas psicológicos, así como también la edad temprana podría ser un factor de riesgo de desarrollar sintomatología de TEPT (Fischer & Wedel, 2012).

Partiendo de lo anterior, el presente estudio tuvo como objetivo analizar la relación del estrés percibido, la depresión y las estrategias de afrontamiento con el Trastorno de Estrés Postraumático en una muestra con mujeres con cáncer de mama, así como la identificación de las variables predictoras de sintomatología de TEPT.

Método

Participantes

Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Participaron mujeres con diagnóstico de cáncer de mama que se atendían en la Clínica de Mama del Hospital Metropolitano "Dr. Bernardo Sepúlveda del municipio de San Nicolás de los Garza Nuevo León, se consideraron como criterios de inclusión, que fueran mayores de 25 años, además de que contaran con habilidades de lecto escritura para el auto llenado de los instrumentos. Como criterios de exclusión se fijaron el no estarse atendiendo en el hospital antes mencionado por motivo de cáncer de mama, además de contar con alguna enfermedad incapacitante a nivel funcional que impidiera el llenado de los instrumentos o el negarse a participar en el estudio. La muestra estuvo conformada por un total de 52 pacientes.

Procedimiento

La recolección de los datos se realizó acudiendo al hospital antes mencionado, los cuestionarios fueron auto aplicables y previamente a la entrega de estos se procedió firmar la hoja de consentimiento informado en el que se les garantizaba la confidencialidad y se les hacía saber sus derechos como pacientes. Todo esto de acuerdo a los lineamientos de investigación de la Asociación Americana de Psicología (APA, 2002). Después de esto se procedió al auto llenado de los instrumentos por parte de las participantes.

Instrumentos

Escala de Ajuste Mental al Cáncer (Mental Adjustment to Cancer Scale, Mini-MAC, Watson, Law, Dos Santos, Greer, Barich & Bliss, 1994). Para evaluar las estrategias de afrontamiento se utilizó, el Mini-MAC el cual constituye la versión revisada y abreviada de una escala previa, la escala MAC (Watson, Greer, Young, Inayat, Burgess, & Robertson). El Mini-MAC consta de 29 ítems (escala tipo Likert de 4 puntos), desarrollados para evaluar cinco posibles estrategias de afrontamiento ante el cáncer: Desesperanza, Preocupación Ansiosa, Espíritu de Lucha, Evitación Cognitiva y Fatalismo. En este estudio se obtuvo un alfa de Cronbach de .89.

Escala del Impacto del Acontecimiento-Revisada (Impact of Event Scale-Revised, IES-R, Weiss & Marmar, 1997). Se utilizó este instrumento para evaluar la variable de estrés postraumático. Este originalmente desarrollado por Horowitz, Wilner & Álvarez (1979) y posteriormente revisado por Weiss y Marmar (1997), consta de un total de 22 ítems que evalúan, a través de una escala tipo Likert de 4 puntos, los síntomas característicos del TEPT: intrusión, reexperimentación, evitación y aumento persistente del nivel de activación, ante la presencia de un acontecimiento traumático -en nuestro caso el cáncer. El IES-R constituye un instrumento que, siguiendo los criterios del DSM-IV (APA, 1994), permite rastrear cada uno de los diferentes grupos de síntomas de TEPT, esta revisión de la escala arrojó un alfa de Cronbach de .90. En el presente estudio se obtuvo un alfa de Cronbach de .88.

Escala de Ansiedad y Depresión hospitalaria (HADS). Para medir depresión se utilizó la Escala de Ansiedad y Depresión hospitalaria elaborada por Zigmond y Snaith (1983). En este estudio se utilizó la versión española de Tejero, Guimerá, Farre y Peri (1986), el cual tiene un coeficiente alfa de Cronbach de .80. La puntuación va de igual que antes -0- a ya no disfruto con nada -3-. La mayor puntuación corresponde a mayor ansiedad o depresión según la sub escala. De esta escala solo se utilizaron los 7 ítems correspondientes a depresión. Teniendo un rango de puntuaciones posibles que van de 0 a 21, para la sub escala de depresión. En este estudio se obtuvo un alfa de Cronbach de .83.

Escala de Estrés Percibido. Para medir el estrés se utilizó la Escala de Estrés Percibido (Perceived Stress Scale, PSS) elaborada por Cohen, Kamarak y Mermelstein (1983) para evaluar el grado en que las situaciones de la vida son valoradas como estresantes, obteniendo un alfa de Cronbach de .75. En este estudio se utilizó la adaptación cultural realizada en México por González y Landero (2007), la cual cuenta con 14 ítems y una consistencia interna ($\alpha=.83$). La puntuación va de nunca -0- a muy a menudo -4-. Invirtiéndose la puntuación en los ítems: 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13. La escala cuenta con un rango de puntuaciones posibles que van de 0 a 56. La mayor puntuación corresponde a mayor estrés percibido. En el presente estudio se obtuvo un alfa de Cronbach de .79.

Análisis estadísticos

Una vez que se recolectaron los datos, se capturaron en el programa estadístico SPSS 18. Posterior a esto se analizó la consistencia interna de cada uno de los instrumentos de evaluación, obtenida mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Primeramente se revisó la normalidad de cada escala con la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov, siendo significativas las variables depresión ($p=.000$) y las sub escalas del Mini MAC, desesperanza ($p=.000$), espíritu de lucha ($p=.000$), fatalismo ($p=.000$) y preocupación ansiosa ($p=.000$), lo cual nos indicó la ausencia de normalidad de dichas variables.

Las correlaciones se calcularon mediante el coeficiente producto momento de Pearson y Spearman según correspondía. Finalmente, se procedió a realizar el análisis de regresión múltiple por el método *introducir*.

Resultados

Descripción de la muestra

La muestra total de participantes fue de 52 mujeres con cáncer de mama del estado de Nuevo León, que se atienden en el Hospital Metropolitano "Dr. Bernardo Sepúlveda". La media de edad fue de 52.4 (D.E.=10.7), con un rango entre 31 y 82 años. La media de años de estudio fue de 7.8 años (D.E.= 3.9) lo cual corresponde a secundaria trunca. El estado civil de las participantes estuvo conformado por 4 (7.7%) solteras, 27 (51.9%) casadas, 2 (3.8%) divorciadas, 4 (7.7%) divorciadas, 6 (11.5%) dijeron estar en unión libre y 9 (17.3%) viudas. El tiempo de diagnóstico promedio de la muestra fue de 19.9 (D.E.= 29.3) meses con un rango de 1 a 168 meses.

Se realizaron los análisis descriptivos de las variables incluidas en el estudio, mostrando los resultados en la Tabla 1.

Tabla 1
Análisis descriptivos de las variables (n=52)

	EP	DE	EC	DA	PA	FA	EL	TEPT
Media	20.4	3	9.9	11.7	14.3	17.2	13.8	25.7
Mediana	20	2	10	10	14	18	15	23
D. E.	7.9	3.7	3	4.6	4.9	3.5	2.6	17.7

EP: Estrés Percibido, DE: Depresión, EC: Evitación Cognitiva, PA: Preocupación Ansiosa, FA: Fatalismo, EL: Espíritu de Lucha, TEPT: Trastorno de Estrés Postraumático.

Se propuso analizar la relación del estrés, la depresión y las estrategias de afrontamiento con la sintomatología del TEPT en mujeres con cáncer de mama. Las variables que correlacionaron significativamente con el TEPT fueron el estrés percibido ($r=.344$, $p=.014$), la depresión ($r_s=.346$, $p=.013$). De las estrategias de afrontamiento al cáncer se encontró una relación entre el TEPT y la evitación cognitiva ($r=.437$, $r=.001$), desesperanza ($r_s=.437$, $p=.001$) y preocupación ansiosa ($r_s=.581$, $p=.000$). No correlacionaron las variables de espíritu de lucha ($r_s=.025$, $p=.827$) y fatalismo ($r_s=.081$, $p=.477$).

Finalmente, se procedió a realizar el análisis de regresión múltiple por el método introducir, con la variable TEPT como dependiente y estrés, depresión, evitación cognitiva, desesperanza y preocupación ansiosa como independientes. Se obtuvo un modelo, en el cual el cambio de F fue significativo ($p<.05$), el valor estadístico de Durbin-Watson fue de 2.033 con un rango de confianza de .96 a .99, por lo que se considera adecuado, el modelo de regresión el cual explica 43.9% de la varianza. Tal como se puede observar en la Tabla 2, el coeficiente de determinación fue de $R=.663$ ($R^2=.439$), el coeficiente Beta de la variable depresión fue negativo ($\beta=-.292$, $t=-2.42$, $p<.05$), esto significa que a mayor depresión, será mayor la sintomatología de TEPT. El coeficiente de estrés fue positivo ($\beta=.328$, $t=2.74$, $p<.05$), es decir que a mayor estrés mayores será la probabilidad de desarrollar sintomatología postraumática. Y respecto a la utilización de la evitación cognitiva como estrategia de afrontamiento, esta tuvo un coeficiente Beta también positivo ($\beta=.296$, $t=2.53$, $p<.05$) y finalmente desesperanza también positivo ($\beta=.386$, $t=3.16$, $p<.05$), es decir que a mayor uso de estas dos estrategias de afrontamiento, será mayor la posibilidad de que exista sintomatología de TEPT.

Tabla 2
Análisis de regresión TEPT

TEPT (VD)	R	B	Beta	T
Constante		-34.48		-3.082**
Depresión	-.028	-.7.44	-.292	-2.424 *
Estrés	.343	.723	.328	2.744**
Evitación cognitiva	.437	1.68	.296	2.535*
Desesperanza	.490	10.9	.386	3.162**

* $p < .05$ ** $p < .01$ $R = .663$, $R^2 = .439$, $R^2_{aj} = .391$ $F = 9.197$, $gl = 4$, $p < .000$

Discusión/Conclusiones

Partiendo del objetivo de esta investigación, en el cual se propuso analizar la relación del estrés, la depresión y las estrategias de afrontamiento con el TEPT en mujeres con cáncer de mama, los resultados fueron concluyentes respecto a la relación entre el estrés percibido y el TEPT, ya que como en otras investigaciones se ha encontrado, el estrés tiene un poder predictivo sobre el TEPT en personas

con cáncer, ya que en ambos se hace una evaluación del acontecimiento como dañino o amenazante, el cual afecta a la seguridad, la propia persona, el futuro y pone en peligro su bienestar, diferenciándose en aspectos importantes, como la temporalidad, ya que el estrés se refiere a hechos presentes y en el TEPT una característica esencial es la persistencia de las reacciones de estrés más allá de la finalización del evento traumático.

Como lo menciona Kangas, Henry & Bryant (2005a), en su estudio en el que los pacientes que cumplieron con el Trastorno de Estrés Agudo en la primera evaluación después del diagnóstico de cáncer pulmonar y de cabeza y cuello, cumplieron con los criterios del TEPT a los seis meses en un 53% y tiempo después, el 64% de los que habían cumplido los criterios diagnósticos del Trastorno de Estrés Agudo inicialmente.

La depresión también correlacionó de manera significativa con el TEPT, la cual puede verse como una respuesta emocional al proceso del cáncer, por lo que si existen síntomas depresivos en las pacientes, habrá más posibilidades de desarrollar el TEPT, además de que también se puede considerar como una respuesta emocional a partir del desarrollo de síntomas o diagnóstico del TEPT. Estos resultados son consistentes con los reportados en el estudio de Gonçalves, Jayson, y TARRIER (2011) con mujeres con diagnóstico de cáncer de ovario, en el cual se encontró una relación entre el TEPT y la depresión. Tal como lo mencionan Kessler et al. (1995), el trastorno relacionado más frecuentemente con el TEPT, después de una exposición a un evento traumático, es la depresión. Además, como lo mencionan Mehnert y Koch (2007), las mujeres con diagnóstico de estrés postraumático relacionado con el cáncer o trastorno de estrés agudo tienen más probabilidades de tener un trastorno comórbido.

Cuando un evento se percibe como estresante o amenazante es de acuerdo a la interpretación que se hace de este y no del evento en sí, así como también de las estrategias personales con las que se cuenta para enfrentar la situación, como es el caso de las estrategias de afrontamiento al estrés, las cuales se refieren a las respuestas cognitivas y conductuales que lleva a cabo un sujeto ante el diagnóstico de cáncer (Greer, Morris & Pettingale, 1979).

En el presente estudio, se encontró una relación entre la evitación cognitiva y el TEPT, la cual como se sabe se refiere al bloqueo de pensamientos y sentimientos asociados a la enfermedad, así como la minimización de la gravedad de la misma. La utilización de este tipo de estrategia de afrontamiento al cáncer puede ser contraproducente ya que impide la transformación de la percepción de la amenaza en una que pueda manejarse. Estos hallazgos son similares a los encontrados por Elklit y Bloom (2011), quienes encontraron que las estrategias de evitación predicen el TEPT en pacientes con cáncer de mama. Tal como lo mencionan Schroevers, Kraaij y Garnefski (2011), dicho estilo de afrontamiento basado en la negación puede potenciar experiencias negativas. Por el contrario, algunos autores han relacionado el afrontamiento evitativo con un mejor ajuste psicológico, mayor calidad de vida y mayores tasas de supervivencia (Gaviria, Vinaccia, Riveros & Quiceno, 2007; Greer, Morris & Pettingale, 1979; Greer, Morris, Pettingale & Haybittle, 1990).

La desesperanza se considera como una estrategia de afrontamiento al cáncer en el que la paciente puede sentir que no puede hacer nada por mejorar su estado de salud y que no cuenta con los recursos necesarios para afrontar la situación, es decir, la ausencia de control percibido. En el presente estudio se ha encontrado una relación significativa de este estilo de afrontamiento con la sintomatología de TEPT, siendo esto similar a los resultados de Pérez et al. (2014), en el que el desamparo/desesperanza se mostró como mejor predictor de la sintomatología de TEPT en su estudio longitudinal en mujeres con cáncer de mama.

Finalmente, la preocupación ansiosa correlacionó de manera positiva con el TEPT, la cual se caracteriza por la búsqueda excesiva de información respecto al cáncer y continua preocupación y alerta ante cualquier síntoma físico, siendo estos resultados consistentes con los encontrados con Pérez et al., (2014). Tal y como Eckhardt (1998) propone, existe una similitud entre esta estrategia de afrontamiento en cuanto al estado de alerta y focalización en las propias sensaciones corporales y los síntomas de activación de TEPT observados en pacientes de cáncer (Cordova et al., 1995). Además, este resultado podía esperarse debido a que las reacciones intrusivas, rumiativas y evitativas pueden ser consideradas como criterios del TEPT (Kangas, Henry & Bryant, 2005a).

No se encontró relación entre las estrategias de afrontamiento de espíritu de lucha y fatalismo. Este último, considerado como una actitud de resignación, en la que las pacientes pueden experimentar el cáncer como una amenaza menor y no existe ningún control ante la situación, esto debido a la ausencia de una estrategia de lucha activa contra el cáncer y todas sus implicaciones. Una explicación a este resultado podría ser desde la percepción de poca amenaza de la enfermedad, por lo cual podría haber una reducción en la tensión emocional y en los pensamientos negativos asociados a la enfermedad. Estos resultados difieren a los encontrados por Levine et al. (2005), el cual menciona que este estilo de afrontamiento está asociado a la sintomatología del TEPT.

La ausencia de relación entre la estrategia de espíritu de lucha y la sintomatología del TEPT era de esperarse, ya que ésta es considerada como una estrategia de afrontamiento activa en el que la paciente percibe la enfermedad como un reto con una tendencia a afrontar activamente la enfermedad. Ya que existe una relación inversa entre este tipo de afrontamiento y emociones negativas, como pueden ser la culpa, hostilidad, depresión y ansiedad, como ya lo han encontrado diversos autores (Burguess, Morris & Pettingale, 1987; Nelson, Friedman, Baer, Larie & Smith, 1989; Watson et al., 1991). Como lo menciona Brennan (2001), las respuestas de afrontamiento activo se relacionan con una buena adaptación psicológica, ya que el alcanzar niveles óptimos de afrontamiento son necesarios para disminuir el riesgo de desarrollar TEPT (Corzo & Bohorquez, 2009).

Las variables que se encontraron como predictoras del TEPT son estrés, depresión, evitación cognitiva y desamparo/desesperanza. Esto aporta un posible perfil psicológico de la paciente con cáncer de mama con mayor probabilidad de desarrollar la sintomatología del TEPT, caracterizado por manifestar estrés

percibido, depresión y la utilización del desamparo/desesperanza y la evitación cognitiva como tipo de afrontamiento al estrés.

Algunas de las limitaciones del presente estudio que es importante mencionar para que se consideren en futuros estudios. Una de ellas fue que es un estudio transversal y sería de gran aporte la aplicación de estudios longitudinales en los que se puedan identificar las etapas del proceso del cáncer es las que se presentan con más intensidad las variables predictoras del TEPT, ya que sería de gran ayuda al momento de elaborar tratamientos psicológicos.

Otra limitación del presente estudio fue el hecho de la utilización de un auto informe para la evaluación del TEPT, ya que como es sabido, esto solo nos puede dar información sobre casos que pueden ser susceptibles a recibir un diagnóstico clínico. Sería importante que se considerara la utilización de una entrevista clínica que pueda dar como resultado información diagnóstica del TEPT.

Con lo anterior, se pretende que los resultados de esta investigación se tomen en cuenta por las personas que trabajen en el área de psicooncología y quienes tratan directamente con este tipo de pacientes, para que se elaboren programas de intervención oportuna en los que se consideren estos aspectos como centrales al momento de trabajar en la prevención del desarrollo de sintomatología postraumática. Se propone, debido a la evidencia que existe en el tratamiento de esta patología los programas con enfoque cognitivo-conductual y la intervención terapéutica por medio de EMDR, la cual se ha demostrado como una alternativa efectiva para el tratamiento de este trastorno, así como trastornos o síntomas comorbidos.

Se propone la atención oportuna mediante estas herramientas, la reducción y el tratamiento del estrés percibido, la sintomatología depresiva, así como intervención psicológica en el desarrollo o adquisición en estrategias de afrontamiento activas, que les permitan una mejor adaptación al proceso del cáncer y se pueda reducir la posibilidad de desarrollar sintomatología del trastorno de estrés postraumático.

Referencias

- American Psychiatric Association (1994). *Manual Estadístico y Diagnóstico de Trastornos Mentales (DSM IV)*. Washington, DC: APA.
- American Psychological Association [APA]. (2002). Ethical Principles of Psychologist and Code of Conduct. Revisado el 25 de marzo de 2012 de <http://www.apa.org/ethics/code/index.aspx>
- Burgess, C., Morris, T. & Pettingale, K. (1987). Psychological response to cancer diagnosis II. Evidence for coping styles (coping styles and cancer diagnosis). *Journal of Psychosomatic Research*, 32 (3), 263-272.
- Cano, A. (2005). Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: Ansiedad y cáncer. *Psicooncología*, 2, 71-80.
- Cohen, S., Kamarck, T. & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
- Constanzo, E. S., Lutgendorf, S. K., Mattes, M. L., Trehan, S., Robinson, C. B., Tewfik, F., Roman, S.L. (2007). Adjusting to life after treatment: distress and quality of life following treatment for breast cancer. *British Journal of Cancer*, 97, 1625-1631.

- Cordova, M. J., Andrykowsky, M. A., Kenady, D. E., McGrath, P. C., Sloan, D. A. & Redd, W. H. (1995). Frequency and correlates of traumatic stress disorder like symptoms after treatment for breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*(6), 981-986.
- Corzo, P. A. & Bohorquez, A. P. (2009). Prevalencia del trastorno por estrés agudo y trastorno por estrés postraumático en soldados colombianos heridos en combate. *Revista Med, 17*(1), 14-19.
- Eckhardt, J. R. (1998). *Coping style and Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder Among Women with Primary Breast Cancer*. Tesis doctoral inédita. Faculty of The California School of Professional Psychology at Alameda. California.
- Elklit, A., & Blum, A. (2011). Psychosocial adjustment one year after the diagnosis of breast cancer: a prototype study of delayed PTSD. *British Journal of Psychology, 50*, 350-363.
- Fawzy, F. I., Fawzy, N. W., Hyun, C.S., Elashoff, R., Guthrie, D., Fahey, J. L. & Morton, D. L. (1993). Malignant melanoma: effects of an early structured psychiatric intervention, coping, and affective state on recurrences and survival 6 years later. *Archives of General Psychiatry, 50*, 681-689.
- Ferrero, J., Barreto, P. & Toledo, M. (1994). Mental adjustment to cáncer and quality of life in breast cancer patients: an exploratory study. *Psycho-Oncology, 3*, 223-232.
- Fischer, D. & Wedel, B. (2012). Anxiety and depression disorders in cancer patients: incidence, diagnosis and therapy. *Magazine of European Medical Oncology, 5*, 52-54. <http://dx.doi.org/10.1007/s12254-012-0327-2>.
- Gaviria, A., Vinaccia, S., Riveros, M. & Quiceno, J. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud: afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe, 20*, 50-75.
- Gonçalves, V., Jayson, G. & Tarrier, N. (2011). A longitudinal investigation of posttraumatic stress disorder in patients with ovarian cancer. *Journal of Psychosomatic Research, 70*, 422-431. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.09.017>
- González, M. & Landero, R. (2007). Factor Structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a Sample from Mexico. *The Spanish Journal of Psychology, 10* (1), 199-206.
- Green, B. L., Epstein, S. A., Krupnick, J. L. & Rowland, J. H. (1997). Trauma and medical illness: assesing psychological trauma-related disorders. En J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assesing Psychological Trauma and PTSD*. New York: Guildford Press.
- Greer, S., Morris, T. & Pettingale, K. W. (1979). Psychological response to breast cancer. Effect on outcome. *Lancet, 785-787*.
- Greer, S., Morris, T., Pettingale, K. & Haybittle, J. (1990). Psychological response to breast cancer and 15-year outcome. *Lancet, 335*, 49-50.
- Haber, S. (2000). *Cáncer de mama: Manual de tratamiento psicológico*. España: Paidós.
- Horowitz, M. J., Wilner, M. & Álvarez, W. (1979). Impact of Events Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine, 41*, 209-218.
- Kangas, M., Henry, J. L. y Bryant, R. A. (2005a). The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73* (2), 360-364.
- Kangas, M., Henry, J. L. & Bryant, R. A. (2005b). Predictors of acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(2), 360-364.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 52*, 1048-1060.
- Levine, E. G., Eckhardt, J. & Targ, E. (2005). Change in posttraumatic stress symptoms following psychosocial treatment for breast cancer. *Psycho-Oncology, 14*(8), 618-635.
- Mate, J., Hollenstein, M. & Gil, F. (2004). Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. *Psicooncología, 1*, 211-230.

- Mehnert, A., & Koch, U. (2007). Prevalence of acute and post-traumatic stress disorder and comorbid mental disorders in breast cancer patients during primary cancer care: a prospective study. *Psychooncology*, 16 (3), 181-188. <http://dx.doi.org/10.1002/pon.1057>.
- Mera, P.C. & Ortiz, M. (2012). La relación del optimismo y las estrategias de afrontamiento con la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama. *Terapia Psicológica*, 30(3), 69-78. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000300007>.
- Nelson, D., Friedman, L., Baer, P., Lane, M. & Smith, F. E. (1989). Attitudes to cancer: Psychometric properties of fighting spirit and denial. *Journal of Behavioral Medicine*, 12 (4), 341-355.
- Ornelas-Mejorada, R.E. & Sánchez-Sosa, J. J. (2011). Ansiedad y depresión en mujeres con cáncer de mama en radioterapia: prevalencia y factores asociados. *Acta de Investigación Psicológica*, 1(3), 401-414.
- Pérez, S., Galdón, M. J., Andreu, Y., Ibañez, E., Durá, E., Conchado, A. & Cardeña, E. (2014). Posttraumatic stress symptoms in breast cancer patients: temporal evolution, predictors and mediation. *Journal of Traumatic Stress*, 27, 234-231.
- Schroevers, M. J., Kraaij, V. & Garnefski, N. (2011). Cancer patients experience of positive and negative changes due to the illness: relationships with psychological well-being, coping, and goal reengagement. *Psycho-Oncology*, 20, 165-172. <http://dx.doi.org/10.1002/pon.1718>
- Schwartz, C. E., Daltroy, L. H., Brandt, U., Friedman, R. & Stolbach, L. (1992). A psychometric analysis of the Mental Adjustment to Cancer Scale. *Psychological Medicine*, 22(1), 203-210.
- Silva, G. & Dos Santos, M.A. (2010). Factores estresantes del post-tratamiento del cáncer de mama: un enfoque cualitativo. *Revista Latinoamericana de Enfermería*, 18(4), 1-8.
- Tejero, A., Guimera, E., Farré, J. & Peri, J. (1986). Uso clínico del HAD. (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: un estudio de sensibilidad, fiabilidad y validez. *Revista del dpto. de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 13, 233-238.
- Tobón, S. & Vinaccia, S. (2003). Modelo de intervención psicológica en el VIH/sida. *Psicología y Salud*, 13, 161-174.
- Watson, M., Greer, S., Rowden, L., Gorman, C., Robertson, B., Bliss, J. M. & Tunmore, R. (1991). Relationships between emotional control, adjustment to cancer and depression and anxiety in breast cancer patients. *Psychological Medicine*, 21, 51-57.
- Watson, M., Greer, S., Young, J., Inayat, Q., Burgess, C. & Robertson, B. (1988). Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the Mac scale. *Psychological Medicine*, 18, 203-209.
- Watson, M., Law, M., Dos Santos, M., Greer, S., Barich, J. & Bliss, J. (1994). The Mini-MAC: Further development of the manual of then mental adjustment to cancer scale. *Journal of Psychosocial Oncology*, 12, 33-46.
- Weiss, D. & Marmar, C. (1997). The impact of event scale-revised. En J. Wilson & M. Keane (Eds.), *Assessing Psychological Trauma and PTSD*. New York: Guilford Press.
- Zigmond, A.S. & Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 361-370.

Evaluación de un Programa de Tratamiento para Dejar de Beber

Marina Velázquez Altamirano¹ Alberto Javier Córdova Alcaráz, Lidia Maribel Sánchez García & Ma. del Carmen Fernández Cáceres
Centros de Integración Juvenil, A. C.

Resumen

El objetivo del estudio consistió en evaluar los resultados del *Programa de tratamiento para personas que tienen problemas con su forma de beber* desarrollado en Centros de Integración Juvenil (CIJ). La valoración se realizó mediante un diseño cuanti-cualitativo, transversal, comparativo, *ex post facto*. La primera estimación, se llevó a cabo con una muestra intencional de 170 personas (133 hombres y 37 mujeres) que estaban participando en el programa. Para ello, se diseñó la Cédula de Evaluación del Programa para Bebedores (*CEPROBE*) que examina el área emocional, de salud, de integración social, la participación en conductas delictivas, la capacidad asertiva para enfrentar el ofrecimiento de bebidas alcohólicas y el consumo de alcohol, además de explorar la opinión general de los pacientes acerca del servicio y atención que se les brinda. Para el segundo análisis, se entrevistaron 24 psicólogos y 1 médico (7 mujeres y 18 hombres), a través de un cuestionario abierto que indaga la experiencia del terapeuta en el desarrollo del programa. En general, 47.3% de los pacientes disminuyeron el consumo, mientras que 48.5% logró abandonar el uso de alcohol. Con la prueba de *Kruskal- Wallis*, los resultados sugieren diferencias significativas en casi todas las áreas mencionadas y en el uso de alcohol de los sujetos. Bajo la percepción de los pacientes y del personal médico técnico, el programa cumplió con las pautas de calidad adecuadamente.

Palabras Clave: Evaluación Programas de Tratamiento, Consumo de Alcohol, Usuarios de Alcohol

Evaluation of a Treatment Program to Stop Drinking

Abstract

The aim of the study was to evaluate the results of the treatment *program for people who have problems with their drinking* developed at *Centros de Integración Juvenil*, institute dedicated to treat, prevent and investigate addictions in Mexico. The evaluation was made by a cuanti-cualitative, transversal, comparative, *ex post facto* design. The first estimate was carried out with a purposive sample of 170 people (133 men and 37 women) who were participating in the treatment program. To do this, was design the test of *Program Evaluation for Drinkers (CEPROBE)* to examine the emotional and health state, social integration, criminal behavior, assertiveness to confront the offer of alcohol, habit changes attributed to alcohol program and to assess service quality standards. For the second analysis, 24 Psychologists and 1 Physician (18 men and 7 women) were interviewed it means at an open questionnaire that explores the experience of the therapist in the course of the program. Overall, 47.3% of the patients decreased de use of alcohol, while 48.5% were able to quit it. With the *Kruskal-Wallis* test, the results suggest significant differences in the socio-emotional status mentioned and alcohol use of the subjects. Under the perception of patients and therapist, the program fulfilled adequately quality standards.

Keywords: Evaluation of Treatment Programs, Treatment, Alcohol Abuse, Alcohol Drinkers

Original recibido / Original received: 11/06/2012 Aceptado / Accepted: 03/12/2014

¹ Correspondencia: Tlaxcala 208, Colonia Hipódromo Condesa, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06100, México, Distrito Federal (2º piso). Email: marina.velazquez@cij.gob.mx & veam_marina@hotmail.com

El consumo de alcohol representa un importante problema de salud pública en el mundo, es señalado como el tercer factor de riesgo de morbilidad, la principal causa de enfermedad en el Pacífico Occidental y las Américas, y el segundo en Europa, ocasionando aproximadamente 2.5 millones de decesos a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud, 2011). De acuerdo con la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC por sus siglas en inglés) se calcula que la prevalencia anual del consumo de alcohol es del 42%, porcentaje que es 8 veces superior a la prevalencia anual del consumo de drogas ilícitas del mundo (5.0%) (UNODC, 2012).

Concretamente, en México se detectó un aumento del consumo dependiente de alcohol entre 2002 y 2008 (4.1% a 6.2% respectivamente) afectando a casi cinco millones de mexicanos. Las edades de inicio se ubican mayoritariamente (55.2% de la población encuestada lo reportó) antes de los 17 años, situación asociada a la reproducción de patrones de consumo de alcohol de la población adulta (Secretaría de Salud 2008 y 2011), a la baja percepción de riesgo del consumo (Alonso, Del Bosque, Gómez, Rodríguez, Esparza y Alonso, 2009) y puede responder a un conjunto de circunstancias socioculturales, políticas y económicas que conforman el contexto ecológico donde socializa el sujeto (Pons y Buelga, 2011).

Este escenario, muestra que el consumo de alcohol ha servido de paso al uso de otras drogas, desinhibiendo la conducta de los consumidores, haciéndolos más vulnerables de aceptar sustancias como la marihuana y la cocaína y favoreciendo la práctica de conductas desviadas como la violencia, el descuido y maltrato a menores, el abandono laboral y la deserción escolar (Consejo Nacional de Drogas y Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, 2009). Aparte de asociarse con problemáticas denominadas *no intencionales* como los accidentes vehiculares, caídas, traumatismos, envenenamientos, entre otros (Borges, Mondragón, Cherpitel y Rosovsky, 2003; López, y Rosovsky, 1998; Comisión Nacional Contra las Adicciones, 2011; Mann, Rootman, Shuggi & Adlaf, 2006; OMS, 2011; Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud y Dirección General de Epidemiología, 2013).

El impacto a la salud por el abuso de alcohol es considerable. A nivel mundial se asocia de manera importante a trastornos neuropsiquiátricos, padecimientos cardiovasculares, cirrosis hepática y diversos tipos de cánceres (OMS, 2011). Asimismo, ocasiona problemas de anemia y en el caso de las mujeres, el consumo de alcohol en el embarazo puede provocar deformidades de cráneo y cara del feto, retardo mental y bajo peso al nacer (CONADIC, 2011). También, se vincula con enfermedades infecciosas como el VIH/SIDA, la tuberculosis e infecciones de transmisión sexual (OMS, 2011).

Ante esta problemática, diversas instancias han desarrollado programas de intervención preventiva, de tratamiento e investigación del consumo de alcohol. Entre los que se pueden mencionar: la *Fundación de Investigaciones Sociales, A.C.* que ha instituido programas y campañas en la promoción de un cambio cultural con respecto al consumo (FISAC, 2013); en el *Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz* se creó un Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares (CAAF), conjuntamente se diseñan modelos de intervención y se

realiza investigación clínica, epidemiológica y social sobre alcoholismo (INP, 2013).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010) ha creado estrategias políticas e intervenciones de base científica dirigidas a la reducción del impacto en la salud pública por el consumo y producción informal de alcohol, la mitigación de las consecuencias negativas, la respuesta de los servicios de salud, entre otros, con el fin de proteger la salud y reducir la ingesta; el *Centro Nacional de Prevención de Accidentes*, amplió la capacitación en programas de alcoholimetría para atender la problemática del uso nocivo de alcohol (CONADIC, 2011). Del mismo modo, la *Secretaría de Salud* desarrolla junto con la *Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, A. C.*, programas con información sobre el alcoholismo y entre otras acciones, respalda el *Programa de tratamiento para consumidores de alcohol (PTCA)* implantado en Centros de Integración Juvenil (CIJ), cuyo propósito versa en la disminución o abandono del uso de alcohol, a través de la atención integral a los problemas psicológicos y de salud generados por el consumo. Esto incluye la rehabilitación, reinserción social, apoyo y orientación a los familiares en el mejoramiento del desempeño y calidad de vida de las personas (Franco & Chávez, 2010).

En lo que respecta al *PTCA* se consideró relevante valorar la eficacia o impacto del programa con el objeto de identificar necesidades del desarrollo del programa (Aubel, 2000, Ballart, 1992; Guzmán, 1991). Asimismo, se puede ofrecer certidumbre a la comunidad sobre las alternativas y eficacia de los programas existentes para atender el uso de sustancias. Del mismo modo, puede resultar una aportación de aspectos relevantes a considerarse en entidades que ofrecen tratamiento para personas con problemas de alcoholismo.

Método

La evaluación del *PTCA* se llevó a cabo mediante un diseño cuantitativo, transversal, comparativo y ex post facto. El estudio se realizó en 19 *CIJ* localizados en los Estados de Baja California Norte, Distrito Federal, Durango, Estado de México, Guadalajara, Hidalgo, Querétaro, Quintana Roo, Sinaloa y Tabasco. A través de un muestreo no probabilístico se reunió un total de 170 pacientes (78.2% hombres y 21.8% mujeres) con una edad promedio de 29 años (± 13.5 años), si bien, las edades oscilaron entre los 12 y los 66 años.

En la indagatoria de la experiencia terapéutica participaron 24 psicólogos y 1 médico (7 mujeres y 18 hombres).

El análisis consistió en el análisis no paramétrico *Kruskal-Wallis* (Pardo y Ruiz, 2002) para determinar si se presentaban diferencias significativas en el estado emocional, de salud, de reinserción social (relación familiar, relación interpersonal e inserción laboral y/o escolar), la capacidad asertiva para resistirse a la oferta de alcohol, la participación en conductas delictivas y la disminución o abstinencia del consumo de alcohol durante los tiempos de permanencia de los pacientes en el tratamiento (Tabla 1); se describen los resultados de la apreciación del paciente en relación a estándares de calidad del servicio.

Tabla 1
Agrupación de los pacientes por tiempo de permanencia en el PTCA

Tiempo en el tratamiento	Frec.	%
Menos de 1 mes	53	31.2
De 1 a 3 meses	76	44.7
De 4 meses a 1 año	15	8.8
Seguimiento	26	15.3
Total	170	100

Por otro lado, se realizó el análisis inductivo con la finalidad de explorar la eficacia del tratamiento y sus posibles necesidades de ajuste y adecuación. Siguiendo el enfoque de Trent (Hancock, 1998; Lacey & Luff, 2001), el estudio incluyó la categorización y codificación de las respuestas de los terapeutas.

Consideraciones éticas

La participación de los pacientes fue voluntaria con el señalamiento de que su tratamiento no estaría de ningún modo condicionado a su participación en el estudio. Asimismo, se les garantizó la confidencialidad y anonimato de la investigación.

Instrumento

Se diseñó la *Cédula de Evaluación del Programa para Bebedores (CEPROBE)*, instrumento auto-aplicable e integrado en su mayor parte por reactivos cerrados y agrupados en diferentes secciones; datos sociodemográficos; patrón de consumo de sustancias en el último mes; apreciación del área emocional, de salud, de integración social, la capacidad asertiva para enfrentar el ofrecimiento de alcohol, la participación en actividades delictivas y la disminución o abstinencia del consumo de alcohol asociadas al *PTCA*, desde la perspectiva del paciente. Por último, se analizó la opinión de los pacientes acerca del servicio.

Asimismo, se elaboró un cuestionario con preguntas abiertas que exploran la experiencia del personal en la aplicación del programa. De manera general, los cuestionamientos se encauzaron a indagar la experiencia del terapeuta en el desarrollo del tratamiento, los beneficios, las fortalezas y las necesidades de adecuación del programa, así como, los factores que condicionan la adherencia del paciente.

Resultados

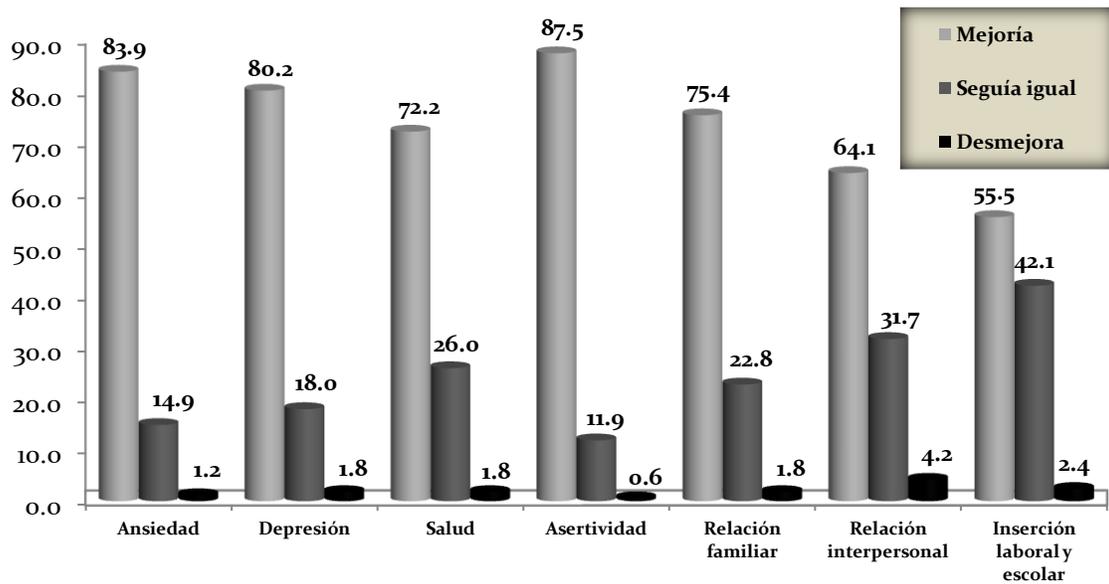
Con respecto al patrón de consumo, los mayores porcentajes se situaron en el uso de alcohol (41.7%), tabaco (30.4%) y mariguana (12.8%) durante el mes anterior a la entrevista (Tabla 2).

Tabla 2

Consumo de sustancias en pacientes del PTCA en el último mes

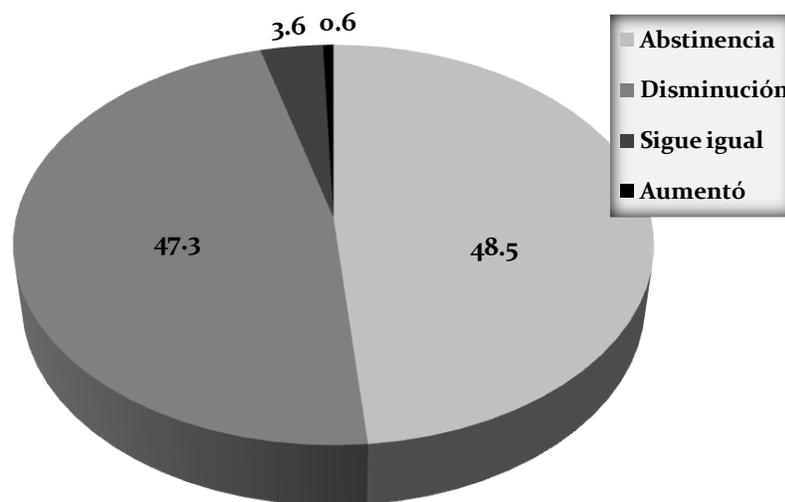
Sustancias	Frec.	%
Alcohol	70	41.7
Tabaco	51	30.4
Mariguana	21	12.8
Inhalables	9	5.5
Metanfetaminas	7	4.3
Benzodiacepinas	6	3.7
Cocaína	4	2.4
Crack	4	2.4
Éxtasis	3	1.8
Otras sustancias	2	1.2
Anfetaminas	1	.6
Heroína	0	0

De acuerdo a los cambios percibidos tras participar en el programa, 83.0% mencionó que su situación emocional había mejorado. En cuanto al estado de salud, 72.0% de los sujetos observaron cambios favorables. En lo que respecta a la interacción social, la tercera parte de los pacientes percibió una mejoría en la relación con la familia, 64.1% mejoró la interacción con otras personas, 55.5% optimizó su integración en el contexto laboral y/o escolar. En cuanto a la capacidad para enfrentar el ofrecimiento de bebidas con alcohol, 87.5% se percató que sus estrategias de afrontamiento eran más eficaces (Gráfica 1). Del mismo modo, 85.0% de los sujetos (60 personas) que habían participado en algún tipo de actividad delictiva y ya no lo hacían, atribuyeron al tratamiento el abandono de esta conducta.



Gráfica 1. Percepción de mejoría biopsicosocial de los pacientes asociada al PTCA (%)

En lo que respecta al uso de alcohol, 48.5% logró la abstinencia, mientras que 47.3% disminuyó el consumo. De igual forma, 64.6% atribuyó al programa el abandono del consumo de sustancias diferentes al alcohol (Gráfica 2).



Gráfica 2. Percepción de los pacientes sobre su situación de consumo de alcohol asociado al PTCA (%)

Los resultados de la prueba de *Kruskal-Wallis*, reflejaron cambios estadísticamente significativos en diversas áreas de ajuste psicosocial de los pacientes, tales como la presencia de síntomas de ansiedad o depresión, estado de salud, relación familiar e interpersonal, reinserción escolar o laboral, habilidades de comunicación asertiva, presencia de conductas delictivas y, por supuesto, consumo de alcohol y/o drogas (ver Tabla 3).

Tabla 3
Resultados con la prueba de Kruskal-Wallis

Aspectos evaluados	χ^2	Significancia
Ansiedad	15.102	.002*
Depresión	13.747	.003*
Estado de salud	13.621	.003*
Relación familiar	11.311	.010*
Relación interpersonal	8.491	.037*
Inserción escolar y/o laboral	10.331	.016*
Asertividad	14.693	.002*
Conductas delictivas	4.119	.249
Consumo de sustancias	8.340	.039*
Consumo de alcohol	11.059	.011*

Nota: * $p < .05$

Estándares de calidad del programa

Al evaluar diversos aspectos relacionados con la calidad del servicio, la mayoría de las personas lo calificó como bueno o excelente. En este sentido, tres de los mayores porcentajes corresponden a las categorías de respeto, cortesía y amabilidad (80.6%), trato brindado al paciente (78.6%) y habilidades y conocimientos del terapeuta (73.5%) [Tabla 4].

Tabla 4

Apreciación de los estándares de calidad del PTCA por los pacientes (%)

Estándares de calidad	Excelente	Bueno	Malo	Pésimo
Claridad de la información	61.2	38.2	0.0	0.6
Habilidades y conocimientos del profesional	73.5	25.9	0.0	0.6
Veracidad de la información	61.5	37.9	0.6	0.0
Facilidad para contactar con el CIJ	58.7	40.1	1.2	0.0
Trato recibido	78.6	20.8	0.0	0.6
Adaptación a necesidades de horario	51.2	47.1	1.2	0.6
Cuota que se paga por el servicio	58.8	41.2	0.0	0.0
Disponibilidad del personal del CIJ	69.2	30.2	0.0	0.6
Respeto, cortesía y amabilidad	80.6	18.8	0.6	0.0
Puntualidad en la atención	62.7	34.3	2.4	0.6

Consideraciones generales de los terapeutas para la mejora del tratamiento de personas con problemas de consumo de alcohol

Los terapeutas refirieron que el PTCA es eficaz en la "...remisión de conductas adictivas y cambio por conductas más eficientes...", "...autocuidado...", "...ofrece un grupo de apoyo al paciente..." que le "...va llevando a la reflexión e incremento de habilidades..." asertivas, de autocontrol y relajación. Se refiere que el paciente puede contar con un tratamiento sistematizado "...focalizado y de corto plazo que es claro respecto al objetivo que se busca..." y del que puede obtener cambios desde las primeras sesiones, información veraz sobre "...los daños y consecuencias en su salud..." y le provee de elementos para realizar planes de acción, métodos precisos y orientados hacia sus objetivos.

Se consideró importante la "...formación de grupos homogéneos..." para la mejor integración de los participantes, por ejemplo grupos sólo de mujeres, pues en su experiencia han observado que ellas en ocasiones no logran armonizar con pacientes hombres; grupos de pacientes según tipo sustancias consumidas, sean policonsumidores o sólo usuarios de alcohol; y conjuntos de usuarios jóvenes o adultos. También se destacó la relevancia de contar con espacios adecuados para el trabajo con el grupo y con una actitud flexible, particularmente en la ejecución de sesiones complementarias "...de acuerdo a las necesidades particulares de cada grupo..." y a "...situaciones específicas en los y las pacientes...", incluso la atención "...individual para poder atender en tiempo las necesidades de la población...".

Asimismo, recomendaron trabajar más con la "...percepción de riesgo y motivación..." de los pacientes, debido a que al ser el alcohol una "...droga de uso legal, se normalizan los consumos..." y "...el paciente no ve el abuso de alcohol como un problema...". Igualmente, propusieron acentuar temáticas

relacionadas con "...satisfactores cotidianos...", "situaciones de manejo de emociones...", "...postergación de la gratificación...", "...énfasis en el control de pensamientos irracionales asociados al consumo..." y acentuar "...el desarrollo de habilidades de afrontamiento...".

Los terapeutas también expresaron interés por ampliar su capacitación en temas como equidad y género, particularmente la "...intervención específica para mujeres...", integrando actividades en el tratamiento específicos en el caso de ellas, debido a que "...sus condiciones de bebedoras son diferentes en ocasiones...".

Además, resaltaron situaciones que han detectado que influyen en la permanencia del paciente en el PTCA. Uno de las que se mencionó fue "...la incorporación de la familia al tratamiento de forma simultánea...", sobre todo cuando el ambiente familiar es desfavorable o prevalece el consumo de alcohol al interior de la misma. Del mismo modo, se señalaron otros aspectos como la limitada solvencia económica de los pacientes; la incompatibilidad de horarios con los planes de los programas y la presión de instancias escolares, legales, laborales o familiares para que la persona acuda a tratamiento.

Discusión

Las personas que participaron en el estudio dan cuenta de que el *PTCA* constituye un programa eficaz para tratar el consumo de alcohol y los riesgos asociados a su uso. La mayor parte de los participantes en el programa lograron cumplir su meta de disminución o abstinencia total del consumo de alcohol. Asimismo, de acuerdo con lo referido por los pacientes el *PTCA* favoreció su integración en la esfera laboral, escolar y en la vinculación positiva con la familia, habilita la capacidad de las personas para enfrentar el ofrecimiento de sustancias, disminuye la participación en actividades delictivas y reduce problemas de tipo emocional y de salud. El uso de alcohol es una circunstancia que surge por diferentes situaciones en la vida de los sujetos y requiere de una atención integral, que vaya más allá de querer persuadir a las personas para lograr la abstinencia. En este sentido el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (2010), señala que el tratamiento para el uso de drogas demanda diversos servicios que cubran las necesidades de cada paciente y pueden ir desde la intervención médica, psicológica y social, hasta las vocacionales. Por su parte Valdes-Stauber (2003), ratifica que un trabajo de desintoxicación alcohólica sin la motivación adecuada para el cambio de la conducta de consumo puede considerarse como una intervención empobrecida.

En lo que respecta a la evaluación de la calidad del servicio, los pacientes consideraron que el *PTCA* les ofrece un servicio de calidad, perciben una atención adecuada, consideran que la información que se les proporciona es clara y verídica. Asimismo, el costo del servicio y el traslado al CIJ les pareció accesible.

Por otro lado, el personal operativo realizó aportes para mejorar la calidad del *PTCA* y que también pueden ser considerados por otras instancias que se dedican a atender el mismo problema. Por destacar algunos, se señala la

importancia de formar grupos de pacientes homogéneos y en su caso, considerar la intervención individual. Además se propusieron sesiones complementarias para pacientes que lo requieran, aspectos que también recomienda el Instituto Nacional para el abuso de Drogas (NIDA, 2010; 2008).

En cuanto a la adherencia al tratamiento, dos aspectos señalados fueron, por un lado, el involucramiento de los familiares en el tratamiento, situación que el CONADIC e INPRF (2013) resaltan. Por otro lado, se sugirió trabajar para incrementar la percepción de riesgo del consumo de alcohol. Debido a ello, Uribe, Verdugo y Zacarías (2011) exhortan el trabajo diferenciado en hombres y mujeres en cuanto a la percepción de los efectos y consecuencias negativas del alcohol y otras sustancias.

De acuerdo con los resultados, se puede concluir que el *PTCA* es eficaz en la rehabilitación de personas que tienen problemas con su forma de beber. En este sentido el NIDA (2008), señala que los tratamientos para usuarios de sustancias pueden mitigar los daños orgánicos derivados del consumo e incidir en el comportamiento de los usuarios, ayudándoles a recuperar el control sobre sus vidas. No obstante, resulta necesario a la postre efectuar evaluaciones que incluyan otros aspectos que completen el conocimiento del curso de los programas, incluyendo entrevistas a pacientes, al grupo de personas que intervienen en el proceso de tratamiento, sea médico, psicólogo, psiquiatra u otro y de manera más ambiciosa la observación del proceso de tratamiento grupal que si bien, requiere de mayores recursos y tiempo, no se descarta la posibilidad de llevarlos a cabo, particularmente el análisis de diferencias entre hombres y mujeres.

Referencias

- Alonso Castillo, M.M., Del Bosque Moreno, J., Gómez Meza, M.V., Rodríguez Aguilar, L., Esparza Almanza, S.E. y Alonso Castillo, B. (2009). Percepción de normas sociales y consumo de alcohol en jóvenes universitarios. *Anuario de Investigación en Adicciones* 2009, 10(1), 40-50.
- Aubel, J. (2000). *Manual de evaluación participativa del programa: Involucrando a los participantes del programa en el proceso de evaluación* (2ª. ed.). Maryland, Estados Unidos: Catholic Relief Services y Child Survival Technical Support.
- Ballart, X. (1992), *¿Cómo evaluar programas y servicios públicos?: Aproximación sistemática y estudios de caso* (1ª. ed.). Madrid: Ministerio para las Administraciones Públicas.
- Hancock B. (1998). *Trent Focus for Research and Development in Primary Health Care: An Introduction to the Research Process*. Trent Focus Group.
- Borges, G., Mondragón, L., Cherpitel, C.Y. y Rosovsky, H. (2003). El consumo de bebidas alcohólicas y los servicios de urgencias: realizados por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente – 1986-2003. *Salud Mental*, 26(5), 19-27.

- Comisión Nacional Contra las Adicciones (2011). *Programa contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas: Actualización 2011-2012*. México: Secretaría de Salud.
- Consejo Nacional Contra las Adicciones e Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (noviembre 2013). *¿Qué hacer ante el consumo de alcohol o drogas?*. Recuperado de http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/que_hacer_consumo.pdf
- Consejo Nacional de Drogas y Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (2009). *Encuesta nacional sobre consumo de drogas en estudiantes de 8vo. curso del nivel básico y 2do. y 4to. del nivel medio*. Santo Domingo: Consejo Nacional de Drogas.
- Franco Bey, R. y Chávez Vizuet, E. (2010) *Tratamiento para personas que tienen problemas con su forma de beber. Centros de Integración Juvenil, Dirección de Tratamiento y Rehabilitación, Manual de aplicación*. México: Centros de Integración Juvenil, A. C.
- Fundación de Investigaciones sociales A. C. (junio, 2013). *Alcohol-Infórmate*. Recuperado del sitio de Internet de FISAC: <http://www.alcoholinformate.org.mx/>.
- Guzmán, L. (1991). La evaluación de programas sociales: definición y diseño. Recuperado de <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pd-000168.pdf>.
- Instituto Nacional de Psiquiatría (febrero, 2013). *Servicios y Servicios CAAF*. Recuperado del sitio de Internet del INP: <http://www.inprf.gob.mx/clinicos/caaft.html>.
- Lacey, A. y Luff, D. (2001). *Trent Focus for Research and Development in Primary Health Care: Qualitative Data Analysis*. Trent Focus Group.
- López, J.L. y Rosovsky, H. (1998). El papel que desempeña el alcohol en los motivos por los que se les da atención en los servicios de urgencia y estimación del riesgo asociado en los traumatismos. *Salud Mental*, 21(3), 32-38.
- Mann, R. E., Rootman, D. B., Shuggi, R. & Adlaf, E. (2006). Assessing consequences of alcohol and drug abuse in a drinking driving population. *Drugs: education, prevention and policy*, 13(4), 313-326.
- National Institute on Drug Abuse (2008). *Las drogas, el cerebro y el comportamiento: la ciencia de la adicción*. Publicación NIH No. 08-5605 (S).
- National Institute on Drug Abuse (2010). *Principios de tratamientos para la drogadicción. Una guía basada en las investigaciones (2ª. ed.)*. NIH Publicación No. 10-4180(S).
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2012). *Informe mundial sobre las drogas 2012*. Nueva York: Naciones Unidas.
- Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito y Organización Mundial de la salud (febrero, 2010). *Programa conjunto UNODC/OMS sobre el tratamiento y la atención de la drogodependencia*. Recuperado de http://www.unodc.org/docs/treatment/Brochures/JP_Brochure_-_Spanish.pdf.

- Organización Mundial de la Salud (2010). *Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol*. Ginebra, Suiza: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (Febrero, 2011). *Alcohol* [Nota descriptiva No. 349]. Recuperado del sitio de Internet de la OMS: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/index.html>.
- Pardo Merino y Ruiz Díaz (2002). *SPSS 11. Guía para el análisis de datos*. Mc Graw Hill: España.
- Pons, J. y Buelga, S. (2011). Factores Asociados al Consumo Juvenil de Alcohol: Una Revisión desde una Perspectiva Psicosocial y Ecológica. *Psychosocial Intervention*, 20 (1), 75-94.
- Secretaría de Salud (2008). *Encuesta nacional de las adicciones 2008*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Secretaría de Salud (2009). *Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM 028-ssa2-2009, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones*. Recuperado de <http://www.conadic.salud.gob.mx/pprg/NOM028-SSA2-2009.pdf>.
- Secretaría de Salud (2011). *Encuesta Nacional de Adicciones: Reporte de Alcohol* (1ª. ed.). México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz/Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud y Dirección General de Epidemiología (2013). *Sistema de vigilancia epidemiológica de las adicciones: Informe 2012*. México.
- Uribe Alvarado, J. I., Verdugo Lucero, J. C. y Zacarías Salinas, X. (2011). Relación entre la percepción de riesgo y consumo de drogas en estudiantes de bachillerato. *Psicología y Salud*, 21(1), 47-55.
- Valdes-Stauber, J. (2003). Estrategias en el tratamiento de desintoxicación alcohólica. *Adicciones*, 15(4), 351-368.

Modelos Explicativos del Uso del Condón en las Relaciones Sexuales de Adolescentes

J. Isaac Uribe Alvarado*¹, Javier Aguilar Villalobos**, Ximena Zacarías Salinas*, & Amira Aguilar Casis**
Universidad de Colima*, Universidad Nacional Autónoma de México**

Resumen

El presente estudio tuvo como propósitos investigar sistemáticamente los factores actitudinales e interpersonales que inciden en el uso del condón en las relaciones sexuales coitales entre estudiantes de bachillerato, así como elaborar modelos estructurales que muestren las interrelaciones y los efectos directos e indirectos de dichos factores sobre la frecuencia del uso del condón. Participaron 527 adolescentes quienes reportaron haber tenido relaciones sexuales alguna vez en la vida. Se usó un cuestionario que mide prácticas sexuales y frecuencia del uso del condón durante los encuentros sexuales, así como 80 preguntas de tipo ordinal divididas en cinco factores: 1) asertividad sexual, 2) sumisión sexual, 3) baja percepción de riesgo sexual, 4) enamoramiento y 5) aceptación del uso del condón. Con el uso de ecuaciones estructurales, se trazaron modelos de trayectorias con los factores obtenidos y la frecuencia de uso de condón. Los modelos estructurales para hombres y para mujeres muestran niveles aceptables de ajuste a los datos así como efectos directos significativos entre todas las variables, específicamente se reporta el efecto directo de las variables de aceptación del uso del condón y asertividad sexual sobre la frecuencia del uso del condón. Estos resultados amplían las posibilidades de explicación e intervención psicosocial sobre la conducta sexual de riesgo entre adolescentes.

Palabras Clave: Asertividad Sexual; Aceptación del Uso del Condón; Enamoramiento; Sumisión Sexual; Modelos Estructurales

Explanatory Models of Condom Use in Coital Sex of Adolescents

Abstract

The purpose of this study was to systematically investigate the attitudinal and interpersonal factors that influence condom use in coital sex between high school students and to develop structural models that show the interrelationships and the direct and indirect effects of these factors on frequency of condom use. Participants were 527 adolescents who reported having consensual sex at least once in life. For this matter a questionnaire measuring frequency of sex and condom use during sexual encounters was used, also 80 ordinal questions divided into five factors: 1) sexual assertiveness, 2) sexual submission, 3) low sexual risk perception, 4) infatuation and 5) acceptance of condom use. Using structural equations trajectories and frequency of condom use were drawn. Structural models for men and women show acceptable levels of fitness to the data as well as significant direct effects between all the variables, specifically direct effect of variables acceptance on condom use and sexual assertiveness on the frequency of preservative use. These results extend the possibilities of explanation and psychosocial intervention on sexual risk behavior among adolescents.

Keywords: Sexual Assertiveness; Condom Use; Infatuation; Sexual Submission; Structural Models

Original recibido / Original received: 13/07/2014 Aceptado / Accepted: 19/11/2014

¹ Correspondencia: Universidad de Colima, Facultad de Psicología. Av. Universidad no. 333. Col. Las Víboras, c.p. 28047 Colima, Colima, México. Correo electrónico: iuribe@uclm.mx

Justificación

El uso inconsistente e incorrecto del condón masculino en las relaciones sexuales es la causa del 94.1% de los casos de SIDA reportados en México por CENSIDA hasta el 2013; así mismo, en nuestro país actualmente existen 46,338 personas registradas como seropositivas al VIH, a su vez, el número de personas diagnosticadas con SIDA es de más de 164 mil casos, la mayoría de los cuales se contagió a través de la vía sexual (CENSIDA, 2013).

Por lo citado previamente, las prácticas sexuales inseguras en adolescentes y jóvenes representan un problema de comportamiento, el cual resulta en un problema de salud. Al respecto, diversos estudios a nivel internacional han reportado que las relaciones sexuales en jóvenes y adolescentes se llevan a cabo bajo situaciones de riesgo. De acuerdo con Randolph, Pinkerton, Bogart, Cecil y Abramson (2007) el 48.7% de una muestra de jóvenes reportaron no haber usado condón en sus relaciones sexuales más recientes, argumentando que no se usa el condón debido a creencias desfavorables como “los preservativos reducen el placer durante el coito”. En otro estudio, Pons-Salvador, Miralles y Guillen-Salazar (2010) citaron que, en una muestra de jóvenes universitarios heterosexuales que declaran ser activos sexualmente, más del 20 % no utiliza el condón de forma consistente o siempre, por otro lado el 95% de la misma muestra piensa que es un método eficaz y seguro y el 97% considera que su uso previene el VIH/SIDA. De igual forma, Rengifo-Reina, Córdoba-Espinal y Serrano-Rodríguez (2012) en un estudio con adolescentes colombianos reportaron que de una muestra de 400 adolescentes, el 63.7% (255) afirmaron haber tenido alguna relación sexual y solo el 19% de ellos (as) (76) usaron algún método anticonceptivo, incluido el condón masculino. García-Vega, Menéndez, Fernández y Cuesta (2012) indicaron que el 45.5% de la muestra declaró no usar de forma frecuente o no usar nunca el condón masculino en sus relaciones sexuales, las razones para no usar el preservativo fueron el estar bajo los efectos del alcohol (33.3%), que su pareja no quiso usarlo (31.6%), disminución del placer sexual (51%) y no pensar en los riesgos de no usarlo (29%). Amy Herrick, Lisa Kuhns, Suzanne Kinsky, Amy Johnson y Rob Garofalo (2013) reportaron que ocho de cada 10 jóvenes participantes en su estudio informó tener al menos en una ocasión sexo sin protección y Getachew, Negussie y Gezaheng (2013), indicaron que de 450 estudiantes de preparatoria el 27,1% tenían antecedentes de relaciones sexuales, de los cuales, la mayoría (70.5%) tenía dos o más parejas sexuales y el 37% nunca ha usado condón y un porcentaje de entre 30 y 31% de jóvenes no usó condón en sus últimas las relaciones sexuales.

En México, otras investigaciones reportaron que entre el 40 y 60 % de los jóvenes y adolescentes usan de forma inconsistente el condón en sus relaciones sexuales (Díaz-Loving & Robles, 2009; Jiménez, 2010; Uribe, Andrade & Zacarías, 2010; Padilla & Díaz-Loving, 2011; Pulido, Carazo, Orta, Coronel & Vera, 2011). Aunado a lo anterior, existe una dinámica socio-cultural como los valores asociados a la búsqueda de placer sexual y valores machistas presentes en nuestro contexto que acentúan el problema de las relaciones sexuales desprotegidas, en el sentido de que para los adolescentes hombres y mujeres es más importante evitar un embarazo que contraer alguna ITS y muestran creencias

erróneas respecto al uso del condón en las relaciones sexuales, además de que el uso inconsistente del condón se asocia al estado subjetivo de “estar enamorado” (Uribe, González & Santos 2011).

La literatura científica actual a nivel internacional también reporta que los factores que se asocian, predicen o tienen efectos directos en el uso del condón en las relaciones sexuales en jóvenes y adolescentes son diversos. Al respecto, Hubach, Dodge, Goncalves, Malebranche, Reece, Van Der Pol, Martínez, Schnarrs, Nix y Fortenberry (2013) citaron que, para un grupo de jóvenes de españoles, la intención del uso del condón predice de manera importante su uso durante las relaciones sexuales. En otro estudio con jóvenes, Farmer y Meston (2006) indican que las actitudes favorables hacia el condón, la comunicación sexual con la pareja y la auto eficacia predicen el uso el condón en un grupo de jóvenes adolescentes. De la misma forma, Grossman, Hadley, Brown, Houck, Peters, y Tolou-Shams (2008) reportan que la percepción de ventajas en el uso, la comunicación acerca del uso del condón con la pareja sexual, y la percepción de vulnerabilidad hacia el VIH se vinculan con el uso del condón; Por otro lado Heeren, Jemmott, Mandeya y Tyler (2009) citan que las creencias de comportamiento y normativas así como la percepción de control y habilidad de uso del condón predicen el uso en las relaciones sexuales de jóvenes; Valencia y Canaval (2012) reportaron que tanto la intención de usar el condón en una relación sexual como la alta auto eficacia en su uso son factores predisponentes para el uso habitual del condón en jóvenes universitarios. Sander, Leif, Arjan, Bos, Matheus, y Hein de Vries (2013) indican que el conocimiento de cómo usar el condón, las actitudes favorables hacia este y la norma subjetiva también predicen el uso; Giménez-García, Ballester-Arnal, Gil-Llario, Cárdenas-López, y Duran-Baca (2013) indican en su estudio que el predictor principal del uso del condón en parejas jóvenes es la percepción de auto eficacia; Senn, Scott-Sheldon y Carey (2014) reportaron que las actitudes más favorables hacia el uso del condón con una pareja no primaria predicen su uso con parejas no primarias o informales. La comunicación con la pareja respecto a la importancia del uso del condón es una variable que predice el uso del condón en jóvenes según Moyo, Levandowski, MacPhail, Rees, y Pettifor (2008); de igual forma, Manlove, Ikramullan y Terry-Humen, (2008) reportaron que los factores asociados con una mayor consistencia del uso del preservativo incluyeron entre otros, las actitudes más positivas hacia el uso del condón y las mayores tasas de uso del preservativo se observan en los jóvenes que perciben que sus parejas quieren usar condones y en aquellos capaces de comunicar su deseo de usar condones con sus parejas; Getachew, Negussie y Gezahegn Tesfaye (2013) reportan en su estudio con estudiantes de preparatoria que quienes se perciben altamente susceptibles y altamente auto eficaces son más propensos a utilizar el condón en sus relaciones sexuales.

Respecto al uso de modelos explicativos estructurales, Eggers, Aar, Bos, Matehews y Hein de Vries (2013) probaron dos modelos socio cognitivos para evaluar que tanto éstos tienen efectos directos sobre el uso del condón en estudiantes adolescentes, y reportan que los estudiantes que tienen conocimientos sobre cómo usar el condón tienden a usarlo en sus relaciones

sexuales, pero el conocimiento debe ser mediado por la actitud favorable, la influencia social, o norma subjetiva y la percepción de auto eficacia.

Como se ha mostrado, en nuestro país, los estudios sobre los factores psicosociales asociados al uso del condón en adolescentes y jóvenes han sido escasos y fragmentados, por lo que en el estudio que aquí se reporta se plantearon como objetivos investigar sistemáticamente los factores actitudinales e interpersonales, que inciden en el uso del condón en las relaciones sexuales en una muestra de adolescentes y a partir de ello elaborar modelos estructurales que muestren las interrelaciones y los efectos directos e indirectos de dichos factores sobre la frecuencia del uso del condón.

Método

Participantes

Se trabajó con una muestra no probabilística por conveniencia, compuesta por 523 de estudiantes adolescentes inscritos de manera regular en cuatro bachilleratos públicos de la ciudad de Colima, de los cuales el 49.9% (256) son varones y el 50.1% (267) son mujeres. El rango de edad de los participantes fue de 16 a 19 años, promedio de 17.1 (DE = .7778). El total de la muestra declaró haber tenido relaciones sexuales, y solo el 46.3% mencionó ser activo (a) sexualmente en el momento de la encuesta. Esta sub muestra fue seleccionada de una muestra total de 1719 adolescentes encuestados en el estudio.

Procedimiento

Se habilitó a un grupo de 5 estudiantes del último año de la carrera de psicología para la aplicación del cuestionario en los grupos de adolescentes previamente asignados por los directivos de los bachilleratos, la aplicación fue llevada a cabo en horarios matutinos y dentro de las aulas de cada grupo escolar y con la colaboración de profesores (a) quienes cedieron sus horarios de clase para la aplicación.

Se solicitó la colaboración voluntaria de los y las adolescentes estudiantes, así mismo se pidió el consentimiento informado de los y las participantes de manera libre; se hizo énfasis que los datos obtenidos serían analizados respetando el anonimato de cada persona y para fines de investigación, por lo que no se solicitó ningún dato que pudiera dar cuenta de la identidad de los (as) estudiantes, exceptuando la edad y el sexo.

El análisis de los datos descriptivos, así como las correlaciones y pruebas de regresión se realizaron con el SPSS, versión 15, para Windows. Los análisis de ecuaciones estructurales se llevaron a cabo con el AMOS versión 6.

Instrumento

Se diseñó un cuestionario conformado por cuatro preguntas que evaluó prácticas sexuales y frecuencia de uso del condón en la actividad sexual. Las preguntas fueron las siguientes: ¿En tu primera relación sexual usaste condón? con opciones de respuesta sí - no.

¿En tus relaciones sexuales usas el condón?, ¿Has tenido relaciones sexuales con parejas ocasionales? ¿En tus relaciones sexuales con parejas ocasionales has usado el condón? éstas tres preguntas con cinco opciones de respuesta ordinal donde 1 = Nunca y 5 = Siempre.

Así mismo, se elaboró un cuestionario con 70 reactivos con cinco opciones de respuesta de tipo ordinal del 1 al 5, donde 1 es totalmente en desacuerdo y 5 es totalmente de acuerdo. Después de eliminar las respuestas de aquellos participantes que no contestaron todas las preguntas, se realizó un análisis factorial de componentes principales con rotación ortogonal. Enseguida se seleccionaron los factores que agruparon cuatro o más reactivos con cargas mayores a .40. Así se obtuvieron cinco factores que en su conjunto explican el 37% de la varianza y suman un total de 40 reactivos.

Los factores o dimensiones de la escala fueron los siguientes:

1.- Asertividad para el uso del condón, definida como una habilidad para comunicar de forma oportuna y directa a la pareja la necesidad de usar condón durante la relación sexual, incluye preguntas como: *Puedo exigirle a mi pareja que usemos condón en cualquier actividad sexual; Puedo explicarle a mi pareja los riesgos de tener actividad sexual sin condón; Tengo confianza de pedir a mi pareja usar condón en la actividad sexual.*

2. Sumisión sexual, refiere a la aceptación de las decisiones de la pareja sobre las prácticas sexuales con el fin de complacerla sexualmente, por ejemplo: *La mujer (el hombre) debe complacer a su pareja cuando le pida tener relaciones sexuales; Para que mi pareja me quiera más debo tener relaciones sexuales con él (ella); Si mi pareja desea tener relaciones sexuales y yo no, trato de complacerle.*

3. Baja percepción de riesgo sexual o de contraer alguna ITS por tener relaciones sexuales sin el uso del condón, ejemplo: *Yo no me contagio de VIH-SIDA; Los hombres (y mujeres) adolescentes no toman en cuenta las infecciones de transmisión sexual (ITS); Los hombres (y mujeres) adolescentes creen que las ITS no son tan graves.*

4. Enamoramiento o vínculo amoroso y afectivo a la pareja sexual, el cual incluye preguntas como: *Comúnmente pienso en la persona de la cual estoy enamorada (o); Me siento enamorado (a) y en libertad de tener relaciones sexuales con mi pareja; Accedería a tener relaciones sexuales con mi pareja, porque la (lo) amo.*

5.- Aceptación del uso del condón en las relaciones sexuales, que incluye reactivos sobre el agrado de amigos, pareja y personal para el uso del condón en las relaciones sexuales, ejemplos: *Usar condón en la actividad sexual es excitante; A mi pareja le agrada usar condón; A mis amigos (as) les agrada usar condón.*

Posteriormente se realizó un análisis de fiabilidad de cada uno de los factores con base en el modelo alfa de Cronbach para determinar la consistencia interna de los factores (ver Tabla 1).

Tabla 1

Validez y confiabilidad de la Escala de factores psicosociales en las relaciones sexuales

Factores	Alfa	% de varianza	Numero de reactivos
Asertividad para el uso del condón.	,867	42.17	13
Sumisión sexual	,782	22.63	8
Baja percepción de riesgo sexual	,769	23.02	8
Enamoramiento	,714	14.75	7
Aceptación del uso del condón	,620	05.93	4

Resultados

De acuerdo a los resultados obtenidos en los análisis estadísticos, la edad promedio del debut sexual de los participantes fue 15.4 años (DE = 1.22) para el grupo de hombres y de 16.0 años (DE = 1.01) para el grupo de mujeres, esta diferencia es estadísticamente significativa ($p=.000$).

Respecto a la pregunta ¿usaste condón en tu primera relación sexual? El 68.8% de los hombres respondió que sí y el 31.2% respondió que no; en el grupo de mujeres el 73.7% respondió que sí y el 24.2% respondió que no, el 2.1% no contestó.

El grupo de hombres reportó mayor cantidad de parejas sexuales 2.8 (DE= 2.240) a diferencia del grupo de mujeres, que reportó un promedio de 1.5 parejas sexuales (DE= 1.130) esta diferencia resultó ser estadísticamente significativa ($p=.000$), los hombres a diferencia de las mujeres tienen un mayor número de parejas sexuales.

La frecuencia del uso del condón en las relaciones sexuales de los hombres, en promedio fue de 3.98 (DE= 1.146) y para el grupo de mujeres el promedio fue de 3.88 (DE= 1.332). ($p=.393$) en este aspecto no se encontraron diferencias significativas por sexo, en ambos grupos el promedio sugiere inconsistencia en el uso del condón.

Las correlaciones de Pearson entre todas las variables mostraron que en el grupo de hombres, la asertividad sexual tuvo una asociación positiva con el uso del condón y la asertividad sexual ($r= .233, p < .001$) así como con la variable de aceptación del uso del condón ($r= .245, p < .001$). En el grupo de mujeres, estas mismas variables correlacionaron positivamente, uso del condón y asertividad sexual ($r= .169, p < .001$) y uso del condón – aceptación ($r= .309, p < .001$). La asertividad y aceptación del uso del condón tuvieron relaciones positivas tanto en hombres como en mujeres.

El análisis de regresión múltiple de la frecuencia del uso del condón, explicó 10.8 % de la varianza total, y tres de las escalas presentaron coeficientes de

regresión significativos: aceptación del uso del condón, asertividad sexual y enamoramiento.

En el grupo de mujeres, la regresión múltiple de la frecuencia del uso del condón explicó el 13.8 % de la varianza total. Las escalas con coeficientes de regresión significativos fueron: aceptación del uso del condón, enamoramiento y asertividad sexual.

Se elaboraron dos modelos estructurales, uno para hombres y otro para mujeres sobre la frecuencia de uso del condón en las relaciones sexuales. El modelo para hombres (ver Figura 1) presentó un buen ajuste a los datos como lo revelan los siguientes indicadores $X^2 = 4.641$; $p = .2000$; $gl = 3$) $RMSEA = .046$; $NFI = .969$; $IFI = .989$; $RFI = .879$.

En este modelo los efectos directos entre todas las variables fueron significativos, así como la correlación entre la asertividad sexual y la sumisión sexual.

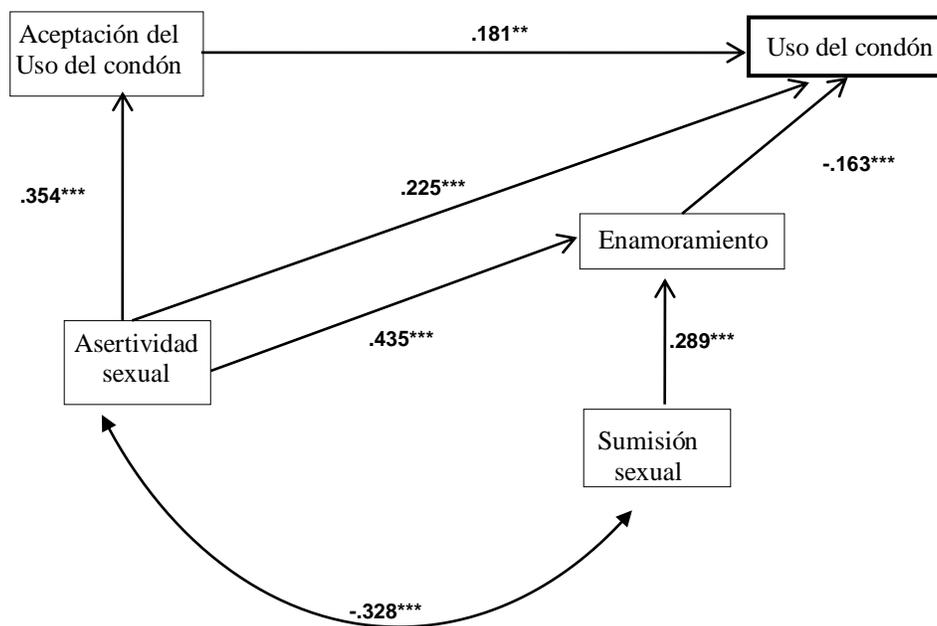


Figura 1. Modelo de efectos directos e indirectos de la asertividad sexual, aceptación del uso del condón y enamoramiento en el uso de condón en relaciones sexuales de hombres N= 256.

La asertividad sexual mostró una influencia notable en las relaciones sexuales protegidas como lo revelan los siguientes resultados, ya que presentó un efecto directo, así como un efecto indirecto a través de la aceptación del uso del condón sobre la frecuencia de su uso. Además, un efecto negativo indirecto a través del enamoramiento.

Los efectos negativos directos e indirectos de la asertividad asociados al enamoramiento son contrarrestados por la suma de sus efectos directos e indirectos positivos sobre la frecuencia del uso del condón.

La sumisión sexual contribuye al enamoramiento como lo indica su efecto directo positivo ($R = .289$) pero negativamente con asertividad sexual ($R = .328$).

El modelo del uso del condón para el grupo de mujeres (ver Figura 2) es muy similar al de los hombres puesto que involucra a las mismas variables pero difiere en la magnitud de los efectos directos entre las variables y la correlación entre asertividad y sumisión sexual. Este modelo presentó, también, índices de ajuste adecuados: $X^2 = 4.641$; $p = .2000$; $gl = 3$; $RMSEA = .046$; $NFI = .969$; $IFI = .989$; $RFI = .879$.

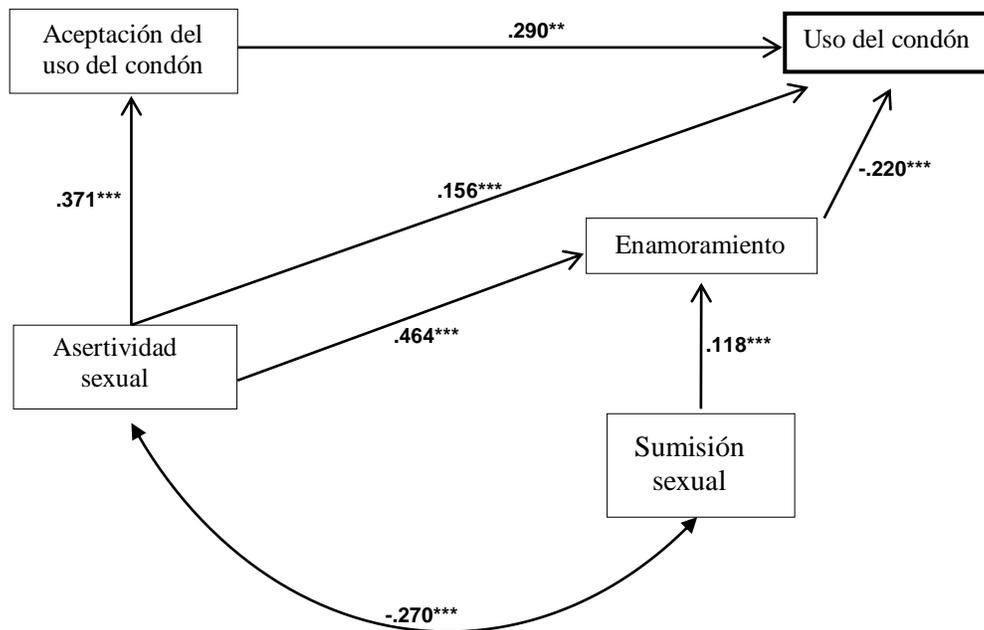


Figura 2. Modelo de los efectos directos de la asertividad, aceptación del uso del condón y enamoramiento sobre el uso de condón en relaciones sexuales en mujeres adolescentes $n=267$.

Al igual que en el modelo para los hombres, la asertividad sexual y la aceptación del uso del condón en las relaciones sexuales del grupo de mujeres, tienen un efecto directo positivo sobre el uso del condón; pero en este modelo el efecto directo de la asertividad sexual es menor y el efecto de la aceptación del uso del condón es mayor que en el grupo de hombres.

Discusión

De acuerdo con los resultados obtenidos en éste estudio, la asertividad sexual tiene un efecto directo sobre el uso del condón, lo que coincide con lo reportado por Grossman, Hadley, Brown, Houck, Peters, y Tolou-Shams, (2008); Moyo, Levandowski, MacPhail, Rees, y Pettifor (2008); por Sander, Leif, Arjan, Bos, Matheus, y Hein de Vries (2013), éstos resultados enfatizan que la habilidad para comunicar a la pareja sexual la necesidad de usar condón favorece de forma directa su uso (Farmer y Meston, 2006; Grossman, Hadley, Brown, Houck, Peters y Tolou-Shams, 2008; Manlove, Ikramullan y Terry-Humen, 2008), así como la intención de usarlo en una relación sexual futura, (Hubach, Dodge, Goncalves, Malebranche, Reece, Van Der Pol, Martínez, Schnarrs, Nix y Fortenberry, 2013).

En este estudio asumimos que la asertividad sexual es un factor protector respecto a las conductas sexuales de riesgo, así como un elemento importante en el desarrollo de habilidades psicosociales, particularmente para uso del condón en las relaciones sexuales, lo anterior en concordancia con lo propuesto por Santos-Iglesias (2010). En este caso, la asertividad sexual mostró tener una influencia notable en las relaciones sexuales protegidas, al mismo tiempo que genera un efecto directo en la variable enamoramiento, lo que puede explicarse tomando en cuenta la sensación de protección y seguridad que proporciona la pareja, sin embargo, la pasión que conlleva el enamoramiento provoca desatención y descuido en las medidas protectoras, según lo reportado por Uribe, González y Santos (2011), así mismo, en el presente estudio, el enamoramiento actúa como un mediador del efecto de la asertividad y el uso del condón, no obstante, la suma total de los efectos directos e indirectos de la asertividad sexual sobre el uso del condón es positiva.

Es de resaltar que en los modelos presentados tanto en hombres como en mujeres, la asertividad sexual se relaciona de manera inversa con la sumisión sexual, la cual es entendida como la aceptación de las decisiones de la pareja sobre las prácticas sexuales con el fin de complacerla sexualmente. Si se considera a la sumisión sexual como una actitud desfavorable que pone en riesgo la integridad de las personas entraría en la categoría de conductas de victimización y coerción sexual. Al respecto existen investigaciones que han demostrado que la asertividad sexual está asociada de manera negativa a los acercamientos y encuentros sexuales no deseados (Schry & White, 2013). Ahora, si se considera la sumisión sexual como un factor derivado del enamoramiento, esta misma actitud – la sumisión sexual- podría ubicarse como un elemento que afecta la toma de decisiones para el uso de medios de protección sexual, sobre este aspecto se ha encontrado que individuos con mayor asertividad sexual

tienden a usar más el condón masculino y tienen creencias más favorables hacia éste (Stoner, Norris, George, Morrison, Zawacki, Davis, & Hessler, 2008).

De acuerdo a los modelos desarrollados en este estudio, la aceptación del uso del condón tiene efecto directo y significativo sobre el uso del mismo en las relaciones sexuales, este hallazgo es similar a lo reportado por Manlove, Ikramullan y Terry-Humen, (2008); Sander, Leif, Arjan, Bos, Matheus y Hein de Vries (2013), haciendo énfasis en la norma subjetiva como predictora del uso del condón en las relaciones sexuales.

Concluimos que el uso del condón en las relaciones sexuales de adolescentes está vinculado al desarrollo de habilidades asertivas así como a percepciones positivas y aceptación del uso del condón en las relaciones sexuales, por lo que recomendamos que dentro de cualquier programa dirigido a jóvenes que promueva el uso del condón se consideren estas variables.

Reconocemos que el comportamiento sexual de los y las adolescentes es multidimensional o multifactorial, por lo que asumimos que los modelos aquí presentados, aportan elementos explicativos respecto a las variables que generan efectos directos en el uso del condón en una muestra específica de adolescentes aunque no pretenden ser definitivos, por lo que es recomendable continuar con el uso de estas técnicas de análisis de datos en muestras similares y en diversas regiones geográficas, que tomen en cuenta las diferencias de género y importancia de examinar el contexto donde interactúan los y las adolescentes.

Referencias

- Amy Herrick, Lisa Kuhns, Suzanne Kinsky, Amy Johnson, & Rob Garofalo (2013). Demographic, Psychosocial, and Contextual Factors Associated With Sexual Risk Behaviors Among Young Sexual Minority Women. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. DOI: En <http://jap.sagepub.com/content/early/2013/11/11/1078390313511328>.
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH SIDA CENSIDA (2013). Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. En: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN_2o_trim_2013.pdf.
- Díaz-Loving, R. y Robles, M. S. (2009). Atracción, romance, sexo y protección en adolescentes. *Enseñanza e investigación en psicología*. 14 (2), pp. 215-228.
- Eggers, S.M., Aar, L.E., Bos, A.E., Matehews, C. & Hein de Vries (2013) Predicting condom use in South Africa: a test of two integrative models. *AIDS and Behavior*.
- Farmer, M., A. & Meston, C. (2006) Predictors of Condom Use Self-Efficacy in an Ethnically Diverse University Sample. *Archives of Sexual Behavior*, 35(3), pp. 313–326.
- García-Vega, Menéndez, Fernández y Cuesta (2012). Sexualidad, anticoncepción y conducta sexual de riesgo en adolescentes. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), pp. 79-87.
- Getachew, G., Negussie, D., & Gezaheng, T. (2013) Intention to use condom among students in Agena preparatory school, Guraghe Zone, Ethiopia: with

- the application of health believe model. *Archives of Public Health*. 71:23 pp. 3-9.
- Giménez-García. C., Ballester-Arnal, R., Gil-Llario, M.D., Cárdenas-López, G., & Duran-Baca, X. (2013). Culture as an Influence on the Perceived Risk of HIV Infection: A Differential Analysis Comparing Young People from Mexico and Spain. *Journal of Community Health*. 38: (3) pp. 434–442.
- Grossman, C., Hadley, W., Brown, L.K., Houck, C. D., Peters, A., Tolou-Shams, M. (2008) Adolescent Sexual Risk: Factors Predicting Condom Use Across the Stages of Change. *AIDS and Behavior* 12:913–922
- Heeren, G.A., Jemmott III. J.B., Mandeya, A. & Tyler, J.C. (2009) Sub-Saharan African University Students' Beliefs about Condoms, Condom-use Intention, and Subsequent Condom Use: A Prospective Study. *AIDS and Behavior*. 13:268–276.
- Hubach, R., Dodge, B., Goncalves, G., Malebranche, D., Reece, M., Van Der Pol, B., Martinez, O., Schnarrs, P. W., Nix, R., & Fortenberry, J.D., (2013) Gender Matters: Condom Use and Nonuse Among Behaviorally Bisexual Men. *Archives of Sexual Behavior*. DOI 10.1007/s10508-013-0147-4 (in press).
- Jiménez, G., M., (2010) Comunicación sexual en adolescentes y su implicación en la consistencia del uso del condón. *Enseñanza e investigación en psicología*. 15(1), pp. 107-129.
- Manlove, J., Ikramullan, E., Terry-Humen, E., (2008) Condom use and consistency among male adolescents in the United States. *Journal of Adolescent Health*. 43(4), pp. 325-333.
- Moyo, W., Levandowski, B.A., MacPhail C., Rees, H., Pettifor, A., (2008) Consistent Condom Use in South African Youth's Most Recent Sexual Relationships. *AIDS and Behavior* 12:431–440 DOI 10.1007/s10461-007-9343-3.
- Padilla, G.N., & Díaz-Loving, R. (2011) Funcionamiento Familiar, Locus de control y patrones de conducta sexual riesgosa en jóvenes universitarios. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 16(2) pp. 309-322.
- Pons-Salvador, g., Miralles, D., T., & Guillen-Salazar, F. (2010). El efecto del optimismo no realista en la intención del uso del condón como método de prevención de embarazos no deseados y de enfermedades de transmisión sexual. *Anales de Psicología*. 26 (2) pp. 310-317.
- Pulido, R. M., Carazo, C. V., Orta, G. S., Coronel, V. G., y Vera, G. F. (2011) Conducta sexual de riesgo en estudiantes de licenciatura de la Universidad Intercontinental. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*. 13(1), pp. 11-27.
- Razieh Lotfi., Fahimeh Ramezani Tehrani., Effat Merghati Khoei., Farideh Yaghmaei., Shari L. Dworkin (2013) How Do Women at Risk of HIV/AIDS in Iran Perceive Gender Norms and Gendered Power Relations in the Context of Safe Sex Negotiations?. *Archives of Sexual Behavior*. 42:873–881.
- Randolph, M.E., Pinkerton, S.D., Bogart, L.M., Cecil H., & Abramson, P.R., (2007). Sexual Pleasure and Condom Use. *Archives of Sexual Behavior*. 36:844–848.

- Rengifo-Reina, H., Córdoba-Espinal, A., y Serrano-Rodríguez, M., (2012). Conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes escolares en un municipio colombiano. *Revista de Salud Pública*, 14(4), pp. 558-569.
- Sander, M.E., Leif, E.A., Arjan, E.R. Bos., Matheus, C., & Hein de Vries (2013) Predicting condom use in South Africa: a test of two integrative models. *AIDS and Behavior*. DOI 10.1007/s 10461-013-0423-2.
- Santos-Iglesias, J.C.S. (2010). El papel de la asertividad sexual en la sexualidad humana: una revisión sistemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10 (3), 553-577.
- Schry, A.R., & White, S.W. (2013). Sexual assertiveness mediates the effect of social interaction anxiety on sexual victimization risk among college women. *Behavior Therapy*, 44, 125-136.
- Senn, E.T., Scott-Sheldon, L.A., & Carey, P.M., (2014) Relationship-Specific Condom Attitudes Predict Condom Use Among STD Clinic Patients with both Primary and Non-primary Partners. *AIDS and Behavior*. DOI 10.1007/s10461-014-0726-y.
- Soto, V. (2006) Factores asociados al no uso del condón. Estudio en adolescentes y adultos jóvenes en Chiclayo. *An. Fac. Med. Lima*. 67 (2) pp. 152-159.
- Stoner, S.A., Norris, J., George, W.H., Morrison, D.M., Zawacki, T., Davis, K. C., & Hessler, D.M. (2008). Women's condom use assertiveness and sexual risk-taking: Effects of alcohol intoxication and adult victimization. *Addictive Behaviors*, 33, 1167-1176.
- Uribe, J. I., Andrade, P. P. & Zacarías, S. X. (2010). Risk sexual behavior predictors in highschool students. *International Journal of Hispanic Psychology*, (2), pp. 111-126.
- Uribe, J.I., Gonzáles, S., & Santos, P. (2011) El rechazo del uso del condón en adolescentes colimenses, una perspectiva sociocultural. En Lerma, S., Karam, M. (2011) *Neoliberalismo, desigualdad social y salud: tendencias y perspectivas generales y específicas en jóvenes I*. ALAMES. México. pp. 91-112.
- Valencia, P.C., & Canaval, E.G., (2012) Factores que predisponen, facilitan y refuerzan el uso del preservativo en jóvenes universitarios de Cali, Colombia. *Revista Salud Pública*, 14 (5), pp. 810-821.

Evaluación de la Nicotina Como Estímulo Aversivo¹

Hugo Sánchez-Castillo², Gabriela L. Franco Olivares, Ana K. Ramírez Reyes,
Diana B. Paz Trejo, & Florencio Miranda Herrera*

Laboratorio de Neuropsicofarmacología y Estimación Temporal, Facultad de
Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, *Facultad de Estudios
Superiores de Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México.

Resumen

La nicotina es el ingrediente psicoactivo del tabaco y se ha descrito como aversiva, reforzante o procognitiva. Sin embargo no existe mucha investigación sobre el solapamiento de los efectos dosis-dependientes como estímulo aversivo y procognitivo. Por lo que evaluaremos los efectos de la nicotina en el paradigma de condicionamiento aversivo al sabor (CAS), con el objetivo de obtener una curva dosis-respuesta del efecto aversivo y compararlo con los efectos procognitivos reportados. Se utilizaron 20 ratas macho Wistar asignadas aleatoriamente a cinco grupos (0.0, 0.2, 0.4, 0.8 y 1.6 mg/kg i.p.). Los resultados muestran tendencia al decremento dosis-dependiente con efecto máximo en la dosis de 1.6 mg/kg, sin embargo se hallaron efectos a partir de la dosis de 0.8 mg/kg lo cual solapa con las dosis propuestas con efectos procognitivos. Esto nos permite proponer que algunos efectos puedan deberse a efectos aversivos periféricos más que a centrales.

Palabras Clave: CAS, Nicotina, Sacarina, Neofobia, EC, EI

Nicotine Assessment as an Aversive Stimulus

Abstract

Nicotine is the main ingredient of tobacco and it has been described as aversive, reinforce and procognitive. However there is not enough research about the overlapping of the dose-dependent effects as aversive stimulus and procognitive effects. For those reasons we evaluated the nicotine effects on the Conditioned Taste Aversion paradigm (CTA) to evaluate the dose-response curve of the aversive effects of nicotine and to compare such effects with the procognitive effects reported. 20 male Wistar rats in standard laboratory conditions were randomly assigned to 5 groups (0.0, 0.2, 0.4, 0.8 y 1.6 mg/kg i.p.). The obtained results showed a dose-dependent decrease with a maximum effect at 1.6 mg/kg dose, however we founded effects from the 0.8 mg/kg dose, such dose overlapped with procognitive doses reported. These results allow us to propose that some effects could be due the peripheral aversive effects instead of the central procognitive effects.

Keywords: CTA, Nicotine, Saccharin, CS, US

Original recibido / Original received: 06/05/2014

Aceptado / Accepted: 28/11/2014

¹ Proyecto apoyado por: DGAPA PAPIIT IN-302512

² Dr. Hugo Sánchez Castillo, 1er Piso Edif. B Cub. B001, Universidad Nacional Autónoma de México, Coyoacan, Laboratorio de Neuropsicofarmacología y Estimación Temporal, Facultad de Psicología, Av. Universidad, 04510, Distrito Federal, México. E-mail: ajusco@unam.mx, ajusco@gmail.com, Tel. +521 55 38766876.

Introducción

Cualquier animal humano o no humano debe ser capaz de enfrentarse exitosamente a los cambios ambientales para sobrevivir. Así, el aprendizaje se ofrece como una de las herramientas más importantes para adaptarse a los cambios. El Condicionamiento Aversivo al Sabor (CAS) es un tipo de condicionamiento en el cual un sabor novedoso se parea con un malestar gastrointestinal inducido por la administración de otra sustancia, generalmente cloruro de litio (LiCl), trayendo como resultado el organismo decremente el consumo del sabor novedoso (Molero, 2007).

El paradigma exhibe ciertas características que lo dotan de alta relevancia biológica y adaptativa para el organismo, la principal de ellas es que, mientras en otros tipos de condicionamiento, el aprendizaje es el reflejo de muchos ensayos para que se dé un correcto pareamiento entre los estímulos, la respuesta de asociación entre el Estímulo Condicionado (EC) y el Estímulo Incondicionado (EI) en el paradigma de CAS frecuentemente puede ser aprendida en un único ensayo (Loy & Hall, 2002). Esto tiene un alto sentido evolutivo al incrementar la probabilidad de sobrevivencia del organismo, ya que a pesar de que la ingesta de alimentos y líquidos es de suma importancia, la ingestión de ciertos elementos puede matarlo o hacerlo vulnerable a un ataque o enfermedad, de modo que tener mecanismos de aprendizaje que respondan a una única exposición puede ser la diferencia entre conservar la vida o morir (Chance, 2001).

En cuanto a los sustratos neurales de este tipo de condicionamiento, se ha relacionado a la Corteza Insular con la producción de una señal gustativa (Molero, 2007) al generar una representación mnésica del sabor, así mismo se ha demostrado que las funciones de adquisición y consolidación del CAS dependen esencialmente de esta estructura (Bures, Bermudez-Rattoni & Yammoto 1998; Welzl, Adamo & Lipp, 2001; Bermúdez-Rattoni & McGaugh, 2004). La Corteza Insular también se ha involucrado en la novedad del estímulo del sabor (Roman, Lin & Reilly, 2010) ya que se ha demostrado que las lesiones en ella impiden el reconocimiento de la neofobia, atenuando el consumo del sabor novedoso (Roman, Lin & Reilly, 2010).

Por otra parte la Amígdala ha sido implicada en la alteración de la adquisición de las aversiones gustativas (Molero, 2007), de manera especial se ha planteado la participación de la amígdala basolateral en los procesos de modulación de la consolidación (Miranda & McGaugh, 2004) y otorga saliencia emocional a los estímulos sensoriales a los que se enfrentará el organismo (Aggleton & Mishkin, 1986), ya que se ha observado que al parea el EC con el EI la Amígdala Basolateral se activa (Koh & Bernstein, 2005). Finalmente, se ha reportado que la integridad del sistema colinérgico es fundamental ya que la destrucción de las proyecciones hacia la neocorteza traen como resultado deficiencias en el aprendizaje y la memoria en tareas de CAS (Wilkins, 2009).

En la mayoría de los experimentos de CAS, el malestar gastrointestinal asociado al EC es causado por la administración de LiCl, sin embargo, se ha reportado que una gran cantidad de drogas presentan propiedades aversivas. Esta característica de las drogas podría dificultar la interpretación de resultados dada la interferencia de este tipo de aprendizaje con los efectos centrales buscados. Por

esta razón, en esta investigación decidimos usar nicotina como EI para evaluar si la aversión producida por la administración periférica de nicotina (intraperitoneal, ip), se sobrelapa con las dosis observadas con efecto central.

La nicotina es el componente psicoactivo del tabaco que puede actuar como una droga con efectos reforzantes y aversivos, esto debido a los centros principales en donde actúa (Rinker, Busse, Roma, Chen, Barr & Riley, 2008), así como las condiciones experimentales (Rushforth, Steckler & Shoib, 2011; Ciobica, Padurariu & Hritcu, 2012).

Aunado a lo anterior, experimentos realizados con agonistas y antagonistas nicotínicos, sustentan la hipótesis de que tanto las propiedades reforzantes como las propiedades aversivas de la nicotina son mediadas por receptores colinérgicos, se ha propuesto principalmente la participación de los receptores $\alpha 4\beta 2$ (Shoib, Gommans, Morley & Stolerman, 2002).

Los receptores nicotínicos se encuentran ampliamente distribuidos dentro del Sistema Nervioso Periférico (SNP) y Central (SNC). Los receptores nicotínicos del SNP se encuentran ubicados postsinápticamente, mediando respuestas excitadoras. Mientras que en el SNC los receptores nicotínicos se localizan preferentemente en las neuronas presinápticas, modulando la liberación de neurotransmisores como la dopamina, la serotonina, el ácido gama-aminobutírico, la noradrenalina y el glutamato (López & García, 2003). Sin embargo, cada subtipo de receptor nicotínico presenta una distribución regional, celular y subcelular distinta. En el SNC, entre las estructuras moduladas por efectos nicotínicos se encuentran el Sistema Mesolímbico Dopaminérgico y el Locus Coeruleus. El Sistema Mesolímbico Dopaminérgico se encarga de las funciones como placer, gratificación y reforzamiento, efecto posiblemente mediado por los receptores $\alpha 4\beta 2$ y $\alpha 4\alpha 6\beta 2$ en el Área Ventral Tegmental (AVT). Las áreas dopaminérgicas mesencefálicas reciben aferencias de inervaciones colinérgicas desde el Nervio Tegmental Pedunculopontino (PPT) y Tegmental Laterodorsal (LDT) (Dani, Jensn, Broussard & De Biasi, 2012). Por su parte el Locus Coeruleus está encargado del estado de alerta y vigilia del organismo y su estimulación incrementa la eficiencia de algunas funciones cognitivas, por ejemplo, el aprendizaje, la atención y la memoria (López & García, 2003).

Sin embargo, aunque la nicotina es una droga comúnmente estudiada en diversas tareas o procesos, no hay mucha investigación sobre el uso de la misma como estímulo aversivo (Kumar, Pratt & Stolerman, 1983; Shoib, Gommans, Morley, Stolerman, Grailhe & Changeux, 2002; Garcha, Kumar, Pratt & Stolerman, 1982 en Kumar, Pratt & Stolerman, 1983) y no se ha evaluado profundamente el sobrelapamiento de los efectos aversivos con los efectos procognitivos reportados.

Por lo anterior, el objetivo principal del presente estudio es el de evaluar las propiedades aversivas de la nicotina en dosis reportadas como con efectos procognitivos.

Material y Método

Sujetos. Se utilizaron 20 ratas macho de la cepa Wistar, de 3 meses de edad y con un peso aproximado de 300–350 g al inicio del experimento. Los sujetos fueron alojados en cajas individuales de policarbonato, bajo condiciones estándar de laboratorio: temperatura, humedad y ciclos de luz-oscuridad controlados. Tenían alimento libre y acceso a agua por un periodo de 60 minutos cada día a la misma hora. Todo el experimento se llevó a cabo bajo la Norma Oficial Mexicana (NOM-062) para el cuidado y uso de los animales de laboratorio, y de los estándares del departamento de Psicobiología y Neurociencias de la facultad de Psicología de la UNAM, para el uso y manejo de animales de laboratorio.

Drogas. Nicotina (Sigma Aldrich, St Louis MO.) diluida en solución isotónica salina al 0.9 % administrada en dosis de 0.0, 0.2, 0.4, 0.8 y 1.6 mg/kg por vía ip. en un volumen de 1 ml/kg.

Procedimiento CAS. Se cuantificó el consumo basal de agua de los sujetos. Posteriormente los sujetos tuvieron una sesión de pre-exposición a la solución de sacarina al 10% durante una hora para evitar la neofobia.

Todos los sujetos fueron asignados aleatoriamente a un total de 5 grupos (n=4), las dosis de nicotina fueron las siguientes: 0.2, 0.4, 0.8, 1.6 mg/kg y un grupo control (0.0 mg/kg) inyectado con solución isotónica salina (0.9 %) todas las dosis fueron inyectadas ip. en un volumen de 1.0 ml/kg.

Una vez asignados los grupos, se llevó a cabo el procedimiento de CAS, en el cual los sujetos tuvieron libre acceso a 100 ml de solución de sacarina por 30 minutos. Inmediatamente después, los sujetos recibieron la administración de nicotina dependiendo del grupo al cual pertenecían. Este procedimiento fue repetido por cuatro sesiones consecutivas para observar la curva de aprendizaje para cada una de las dosis.

Después de completar las 4 sesiones de administración de droga se llevó a cabo la prueba de dos botellas, la cual consistió en el libre acceso simultáneo a dos botellas: una con 100 ml de agua y otra con 100 ml de solución de sacarina por 30 minutos.

Análisis Estadístico

Los datos obtenidos fueron el consumo en mililitros para cada una de las condiciones experimentales. Se realizó un ANOVA de dos vías de medidas repetidas (sesión X dosis de nicotina) para el desarrollo de la aversión por dosis. Para la prueba de dos botellas se utilizó la fórmula:

$$A/A+B$$

donde A es el consumo de sacarina y B es el consumo de agua (Miranda, Cedillo-Ildefonso, Jiménez, Bedolla-Núñez & Torres-Rodríguez, 2011), este índice nos indica que un valor de 1.0 muestra preferencia por la solución de sacarina, mientras que un valor de 0.0 indica aversión. Estos índices fueron evaluados con un ANOVA de una vía para grupos independientes. De hallar resultados estadísticamente significativos se realizó un análisis a posteriori con el test de

Tukey. Finalmente, para todos los análisis, el nivel de rechazo del error tipo I fue de $p < 0.05$. Para la elaboración del análisis datos se usó el programa SPSS versión 20, mientras que para la realización de las gráficas, se utilizó el software Sigma Plot versión 11.0.

Resultados

El ANOVA de dos vías arrojó resultados estadísticamente significativos para la interacción dosis x sesión ($F [12,80]=2,423$; $p < 0.05$). Se encontró que las diferentes dosis producen un efecto estadísticamente significativo ($F [4,80]=13,023$; $p < 0.001$), siendo las dosis de 0.2, 0.4 y 1.6 mg/kg las que arrojaron diferencias al compararlas contra el grupo control. Con lo que respecta a las sesiones se encontraron diferencias significativas ($F [3,80]=22,764$; $p < 0.001$) y su pudo observar que desde la segunda sesión se encontraron diferencias con respecto a la primera exposición a la nicotina ($p < 0.01$) (ver Figura 1).

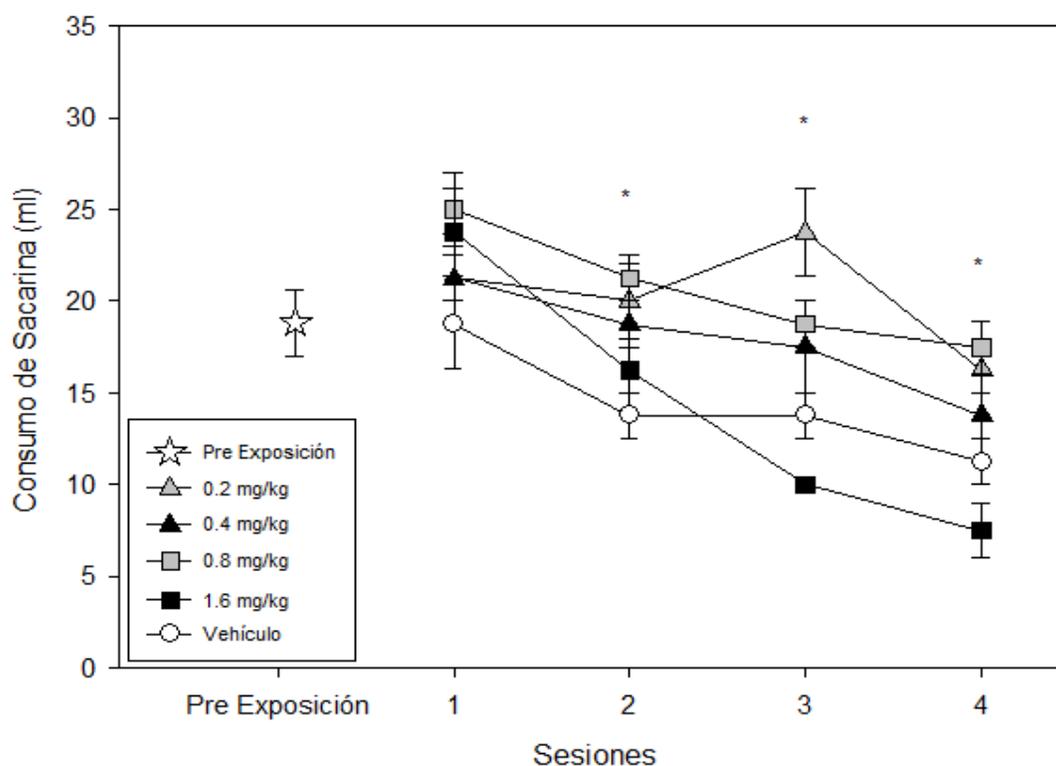


Figura 1. Relación temporal del consumo de sacarina de acuerdo al grupo. Se presenta el desempeño en cuanto al consumo de sacarina en mililitros para los grupos nicotina y vehículo, además del nivel de consumo perteneciente al día de pre exposición de sacarina. Se observa que a medida que transcurren las sesiones, el consumo de sacarina decrementa en todos los grupos de nicotina siendo más acentuada con la dosis de 1.6 mg/kg. * indica diferencias significativas en el consumo de sacarina $p < 0.05$.

Por otra parte, en el análisis de los datos correspondientes a la prueba de dos botellas, hay una tendencia al incremento en la ingesta del agua con las dosis más altas de nicotina de 0.8 y 1.6 mg/kg, lo que descarta adipsia inducida por la droga. Se puede observar en la figura 2 que el grupo de vehículo presentó un consumo nulo de agua, prefiriendo la solución de sacarina, mientras que las distintas dosis afectan principalmente el consumo de sacarina, mientras el de agua permanece relativamente estable (ver Figura 2).

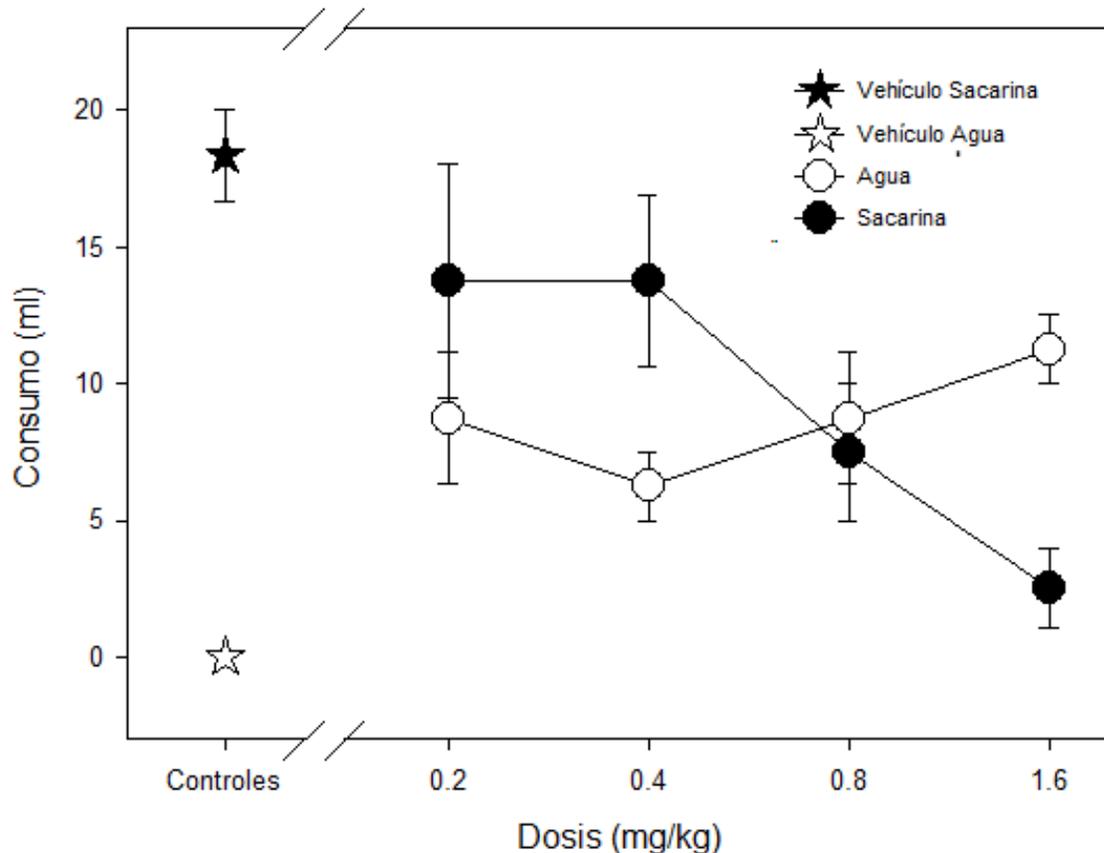


Figura 2. Prueba de dos botellas. Se presenta el consumo de los dos diferentes líquidos, solución de sacarina y agua, de acuerdo a las dosis administradas de fármaco y el vehículo. Se observa un decremento significativo de la ingesta de solución de sacarina con la dosis de 1.6 mg/kg.

Por último, en la figura 3 se pueden observar los índices de aversión hacia la solución de sacarina. El ANOVA de una vía reveló diferencias significativas ($F [4,14]=5.892$; $p < 0.005$) para las distintas condiciones. La prueba post-hoc de Tukey reveló que la diferencia estadísticamente significativa se observa con la dosis de 1.6 mg/kg ip (índice= 0.16; $p < 0.003$), sin embargo, se encuentra una tendencia desde la dosis de 0.8 mg/kg ip ($p < 0.057$) (ver Figura 3).

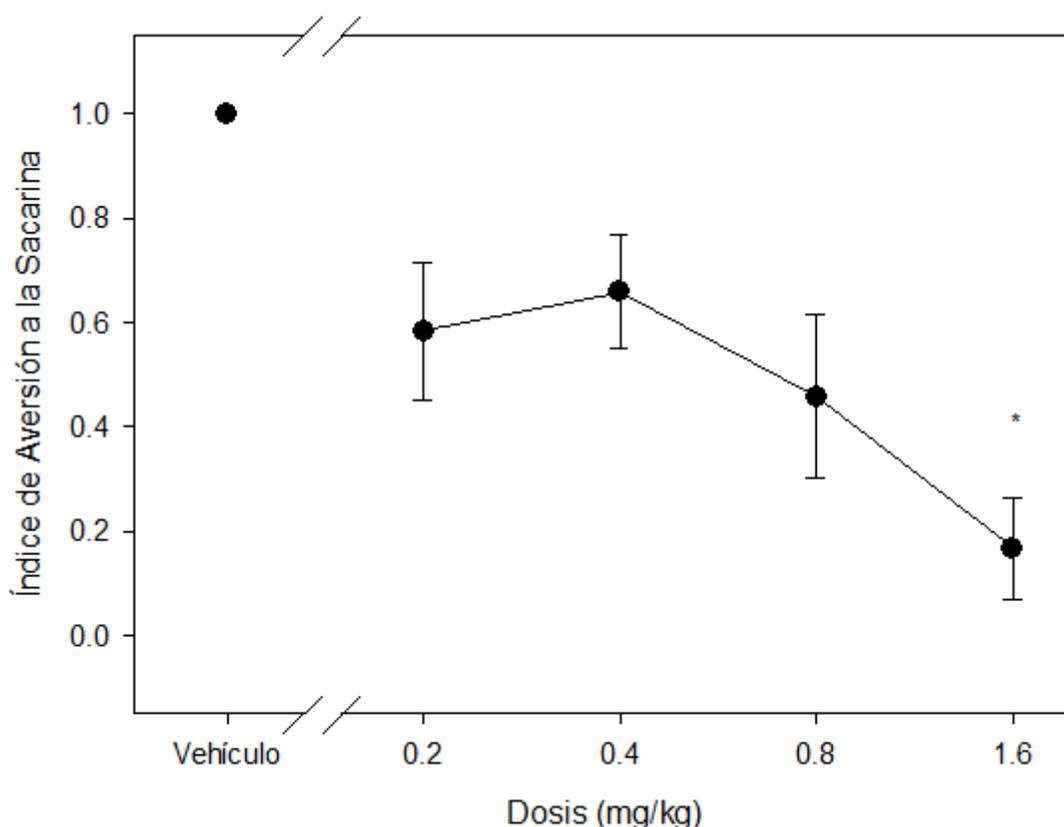


Figura 3. Índice de aversión a la sacarina de acuerdo al grupo. Figura 3. Se presenta el índice de aversión hacia la solución de sacarina para cada grupo determinado por la fórmula $A/A+B$, donde A es el consumo de solución de sacarina y B el consumo de agua. Un valor de 1.0 indica preferencia por la solución de sacarina, mientras que un valor de 0.0 indica aversión por la misma. * indica diferencias significativas $p < 0.05$.

Discusión

Se encontró una tendencia de decremento en el consumo de solución de sacarina dosis-dependiente tras la administración de nicotina en el proceso de CAS. Así mismo, nuestros resultados apuntan que la dosis necesaria de nicotina para producir CAS intenso es de 1.6 mg/kg i.p., sin embargo se pueden empezar a ver tendencias de efectos aversivos a partir de la dosis de 0.8 mg/kg, lo cual concuerda con otras investigaciones (Kumar, Pratt & Stolerman, 1983; Shoaib, Gommans, Morley, Stolerman, Grailhe & Changeux, 2002). Los resultados obtenidos en el presente estudio nos permiten proponer que los efectos aversivos de la nicotina pueden producir un efecto directo sobre la ejecución de los sujetos dado el malestar periférico dificultando la interpretación de los datos ya que se puede observar una clara tendencia de aversión desde dosis relativamente bajas

(0.4 mg/kg) y resultados estadísticamente significativos en dosis más altas (1.6 mg/kg).

La nicotina es el principal componente del tabaco y ha sido propuesta como un fármaco adictivo con propiedades procognitivas (Mansvelder, Mertz & Role, 2009). Algunos estudios refieren que pacientes con trastornos neurodegenerativos, como la esquizofrenia, consumen un volumen mayor de cigarrillos ya que reportes de los pacientes aseguran que mejoran algunas de sus funciones cognitivas perdidas (Moss, Sacco, Allen, Weinberger, Vessicchio & George, 2010; Levin & Rezvani, 2007; Buccafusco & Terry, 2009). Pero al intentar reproducir la administración en organismos no humanos no siempre se toma en cuenta la acidez de la nicotina, la cual se ha descrito que puede causar laceraciones al ser administrada por vía subcutánea, dolor intenso por vía intraperitoneal y los niveles de estrés que produce la propia administración (Murrin, Ferrer, Zeng & Haley, 1987). Esto nos permite plantear que efectos producidos por la nicotina pueden ser afectados por la sensación aversiva e incluso el aprendizaje asociativo producto del malestar modificar los resultados obtenidos y la subsecuente interpretación de los datos.

Se ha descrito que la nicotina tiene efectos centrales preferencialmente en los receptores alfa 4 beta 2, produciendo incrementos en la atención, concentración y mejoras en tareas conductuales (Howe, Ji, Parikh, Williams, Mocaër, Trocmé & Sarter, 2010), sin embargo, existe evidencia contradictoria acerca de este papel de la nicotina que puede deberse a la especie (Kumar, Pratt & Stolerman, 1983; Shoaib, Gommans, Morley, Stolerman, Grailhe & Changeux, 2002; Garcha, Kumar, Pratt & Stolerman, 1982 en Kumar, Pratt & Stolerman, 1983), vía de administración (Gotti, Guiducci, Tedesco, Corbioli, Zanetti, Moretti, Zanardi, Rimondini, Mugnaini, Clementi, Chiamulera & Zoli, 2010) o el tiempo de administración (Rauhut, Hawrylak & Mardekian, 2008).

En estudios previos del laboratorio, se ha encontrado que animales entrenados en tareas de estimación temporal, particularmente en la tarea de pico, se encontró que la administración de 0.8 mg/kg ip de nicotina afectaba las tasas de respuesta dificultando la interpretación de los resultados dada la deformación de las funciones psicométricas asociadas a este tipo de paradigmas experimentales (Ostos, Arroyo, Paz, Zamora & Sanchez-Castillo, 2012).

En conclusión, esta investigación plantea la inserción de tareas adicionales a las evaluadas en estudios que buscan efectos centrales ya que, dadas sus propiedades aversivas en un determinado rango de dosis puede interferir con los resultados obtenidos, por ejemplo disminuyendo la tasa de respuesta, lo que puede traer mayor variabilidad. A esto le puede aunar que la nicotina puede producir aprendizaje asociativo durante la administración sistémica del fármaco, lo que podría trascender en resultados diferenciales. Finalmente es importante contemplar los efectos procognitivos reportados por diversos grupos de investigación (Mansvelder, Mertz & Role, 2009; Barr, Culhane, Jubelt, Mufti, Dyer, Weiss, Deckersbach, Kelly, Freudenreich, Goff & Evins, 2008), ya que actualmente se ha señalado que ésta podría intervenir en la mejora de diversos procesos cognitivos como son el aprendizaje, la memoria y la atención, y que sin embargo no han podido ser replicados en muchos estudios, por ejemplo en el realizado por

Zhang y colaboradores (2012) y que podría deberse a un problema relacionado con el efecto aversivo más que con el efecto procognitivo buscado (Lopez & García, 2003).

Referencias

- Aggleton, J., and Mishkin, M. (1986). The amígdala: sensory Gateway to the emotions. In *Emotion: Theory, Research and Experience*, 3, 281-299.
- Barr, R., Culhuane, M., Jubelt, L., Mufti, R., Dyer, M., Weiss, A., Deckersbach, T., Kelly, J., Freudenreich, O., Goff, D., Evins, A. (2008). The effects of transdermal nicotine on cognition in nonsmokers with schizophrenia and nonpsychiatric controls. *Neuropsychopharmacology*, 33, 3, 480-490.
- Bermúdez-Rattoni, F., McGaugh, J.L. (1991). Insular cortex and amygdala lesions differentially affect acquisition on inhibitory avoidance and conditioned taste aversion. *Brain Res.*, 549, 165–170.
- Buccafusco, J., Terry, A. (2009). A reversible model of the cognitive impairment associated with schizophrenia in monkey: potential therapeutic effects of two nicotinic acetylcholine receptor agonists. *Biochempharmacol.*, 78, 7, 852-862.
- Bures, J., Bermudez-Rattoni, F., Yamamoto, T. (1998). *The CTA paradigm*. Oxford University Press, 1–25.
- Chance, P. (2001). *Aprendizaje y conducta*. México: manual moderno.
- Ciobica, A., Padurariu, M., Hritcu, L. (2012). The effects of short-term nicotine administration on behavioral and oxidative stress deficiencies induced in a rat model of parkinson disease. *Psiquiatria Danubina*, 24, 2, 194-205.
- Dani, J., Jensn, D., Broussard, J., De Biasi, M. (2012). Neurophysiology of nicotine addiction. *J. Addict. Res. Ther.*, 1-12.
- Domjan, M. (2010). *Principios de aprendizaje y conducta*. México: Cengage Learning.
- Gotti, C., Guiducci, S., Tedesco, V., Cornioli, S., Zanetti, L., Moretti, M., Zanardi, A., Rimondini, R., Mugnaini, M., Clementi, F., Chiamulera, C., Zoli, M. (2010). Nicotinic acetylcholine receptors in the mesolimbic pathway: primary role of ventral tegmental area $\alpha 6\beta 2$ receptors in mediating systemic nicotine effects on dopamine release, locomotion, and reinforcement. *The journal neuroscience*, 30, 15, 5311-5325.
- Howe, W., Ji, J., Parikh, V., Williams, S., Mocaër, E., Trocmé, C., Sarter, M. (2010). Enhancement of attentional performance by selective stimulation of $\alpha 6\beta 2$ nAChRs: underlying cholinergic mechanisms. *Neuropsychopharmacology*, 35, 1391-1401.
- Koh M., Bernstein, I. (2005). Mapping conditioned taste aversion associations using c-Fos reveals a dynamic role for insular cortex. *Behavioral Neuroscience*, 119, 388–398.
- Kumar, R., Pratt, J., Stolerman, I. (1983). Characteristics of conditioned taste aversion produced by nicotine in rats. *Br. J. Pharmacol.*, 79, 245-253.
- Levin, E., Rezvani, A. (2007). Nicotinic interactions with antipsychotic drugs, model of schizophrenia and impacts on cognitive function. *Biochem pharmacol.*, 74, 8, 1182-1191.
- López, H., García, J. (2003). La participación de los receptores de acetilcolina nicotínicos en trastornos del sistema nervioso central. *Salud Mental*, 26, 003, 66-72.
- Loy, I., Hall, G. Taste aversion after ingestión of lithium chloride: an associative analysis. *Exp Psychol.*, 55, 4, 365-380.
- Mansvelder, H., Mertz, M., Role, L. (2009). Nicotinic modulation of synaptic transmission and plasticity in cortico-limbic circuits. *Semin Cell Dev Biol.*, 20, 4, 432-440.
- Miranda, F., Cedillo, B., Jiménez, J., Bedolla, G., Torres, S. (2011). Substitución asimétrica entre metanfetamina y anfetamina: estudio de discriminación de drogas.

- Revista Mexicana de Análisis de la Conducta[en línea],37, 1, 1-12. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.5514/rmac.v37.i1.24685>
- Miranda, M., McGaugh, J. (2004). Enhancement of inhibitory avoidance and conditioned taste aversion memory with insular cortex infusions of 8-Br-cAMP: involvement of the basolateral amygdala. *Learning and Memory*, 312-317.
- Misanin, J., Collins, M., Rushanan, S., Anderson, M., Goodhart, M., Hinderliter, C. (2002). Aging facilitates long-trace taste-aversion conditioning in rats. *Physiol. Behav.*, 75, 759-764.
- Molero, A. (2007). Aprendizaje aversivo gustativo: características, paradigma y mecanismos cerebrales. *Anales de Psicología [en línea]*, 23. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=16723108>.
- Moss, T., Sacco, K., Allen, T., Weinberger, A., Vessicchio, J., George, T. (2010). Prefrontal cognitive dysfunction is associated with tobacco dependence treatment failure in smokers with schizophrenia. *Drug Alcohol Depend.*, 104, 1-2, 94-99.
- Murrin, L., Ferrer, J., Zeng, W., Haley, N. (1987). Nicotine administration to rats: methodological considerations. *Life Sci.*, 40, 17, 1699-1708.
- Ostos, A., Arroyo, M., Paz, D., Zamora, O., Sanchez, H. (2012). Nicotinic modulation in a peak timing task. *Society for neuroscience, program no. 809.19*.
- Rauhut, A., Hawrylak, M., Mardekian, S. (2008). Bupropion differentially alters the aversive, locomotor and rewarding properties of nicotine in CD-1 mice. *Pharmacol Biochem Behav.*, 90, 4, 589-607.
- Redolat, R., Carrasco, M., Simón, V. (1994). Efectos cognitivos de la nicotina y el tabaco en sujetos humanos. *Psicothema*, 6, 001, 5-20.
- Rinker, J., Busse, G., Roma, P., Chen, S., Barr, C., Riley, A. (2008). The effects of nicotine on ethanol-induced conditioned taste aversions in Long-Evans rats. *Psychopharmacology*, 197, 3, 409-419.
- Roman, C., Lin, J. Y., Reilly, S. (2010). Conditioner taste aversion and latent inhibition following extensive taste preexposure in rats with insular cortex lesions. *Brain Res.*, 68-73.
- Rushforth, S., Steckler, T., Shoaib, M. (2011). Nicotine improves working memory span capacity in rats following sub-chronic ketamine exposure. *Neuropsychopharmacology*, 36, 2774-2781.
- Shoaib, M., Gommans, J., Morley, A., Stolerman, I., Grailhe, R., Changeux, J. (2002). The role of nicotinic receptor beta-2 subunits in nicotine discrimination and conditioned taste aversion. *Neuropharmacology*, 42, 4, 530-539.
- Welzl, H., D'Adamo, P., Lipp, H.P. (2001). Conditioned taste aversion as a learning and memory paradigm. *Behav. Brain Res.*, 1, 125, 205-213.
- Wilkins, E., Bernstein, I. (2009). Boosting cholinergic activity in gustatory cortex enhances the salience of a familiar CS in taste aversion learning. *Behav. neurosci.*, 123, 4, 764-771.
- Zhang, X., Chen, C., Xiu, M., Haile, C., Sun, H., Lu, L., Kosten, T. (2012). Cigarette smoking and cognitive function in chinese male schizophrenia: a case-control study. *PLoS ONE*, 7, 5, 1-7.

Velocidad de Procesamiento como Indicador de Vocabulario en el Segundo Año de Vida¹

Paloma Suárez Brito², Elda Alicia Alva Canto & Ervin Ferreira Velasco
Universidad Nacional Autónoma de México

Resumen

El propósito del presente estudio fue determinar si la velocidad de procesamiento, medida como tiempo de reacción (TR), de infantes antes del primer año de edad obtenida en una tarea de aprendizaje de palabras, puede ser un indicador del desempeño de los mismos en medidas de habilidades comunicativas durante el segundo año de vida. Para ello, se obtuvo el TR de infantes de 10 meses de edad en una tarea de aprendizaje de palabras y se relacionó con las habilidades comunicativas de los mismos infantes obtenidos en el Inventario de Habilidades Comunicativas MacArthur Versión II (CDI-II) 18 meses después. Se realizó un análisis de regresión lineal utilizando el TR en la tarea experimental como predictor y el puntaje de vocabulario obtenido como variable dependiente. Se encontró que el TR medido a los 10 meses de edad puede usarse como predictor del desempeño en la medida de vocabulario en los mismos infantes un año y medio después. Los resultados obtenidos en este trabajo resaltan la importancia del estudio del TR en edades tempranas y sus efectos sobre el proceso de aprendizaje de palabras.

Palabras Clave: Velocidad de Procesamiento, Predictores, Lenguaje, Vocabulario, Infantes

Processing Speed as a Predictor of Vocabulary in the Second Year of Life

Abstract

The aim of this study was to determine if processing speed, measured as visual reaction time (RT), of 10 month-olds obtained through an IPLP (Intermodal Preferential Looking Paradigm) in a word learning task, can be an indicator of communicative abilities such as productive vocabulary, during the second year of life. Participants were 13 infants of 9-12 months of age ($X=10.15$) at the beginning of the study, whose native language was Spanish and without visual or auditory problems reported by parents. The same group of infants was evaluated when they were between 24 and 30 months of age. Infants' RT's were obtained at the age of 10 months in a word learning task, and related to communicative abilities measured with the Inventario de Habilidades Comunicativas MacArthur Versión II (CDI-II) when the infants were between 24 and 30 months of age ($X=27.10$). A linear regression analysis was performed using the RT from the experimental task as a predictor and the CDI-II vocabulary score as dependent variable. It was found that RT measured at 10 months of age can be used as a predictor of the vocabulary size in the same infants 18 months later. The results presented here imply that infants who take longer in processing a novel object associated with a novel word, are the ones who will have more words in their productive vocabulary during the second year of life, as reported by parents. The measures of processing speed in this study, demonstrates the length of time it takes a child to process non-familiar information in real time. The results obtained, support the study of processing speed at early ages in tasks that measure cognitive abilities other than word recognition. It suggests taking into account the analysis of individual differences, either processing speed or vocabulary, to better understand the relationship between these two variables in the first years of life. Furthermore, the results obtained in this paper highlight the importance of the study of RT in early ages and give information about the effects of slower or faster information processing over different linguistic abilities in infants.

Keywords: Processing Speed, Predictors, Language, Vocabulary, Infants

Original recibido / Original received: 18/07/2014 Aceptado / Accepted: 12/01/2015

¹ Agradecimientos: Este trabajo fue realizado gracias al apoyo de los proyectos CONACYT-101752 y PAPIIT-RN-307313 otorgados al segundo autor, además de una beca doctoral de CONACYT para el primer autor. Agradecemos la valiosa participación de los padres, madres y bebés por hacer posible la presente investigación

² Facultad de Psicología, División de Investigación y Estudios de Posgrado, Universidad Nacional Autónoma de México, Laboratorio de Infantes, Edificio C, Sótano; Ciudad Universitaria, Coyoacán, Ciudad de México, CP 04510. Tel. 56222287. E-mail: palomm@hotmail.com

La velocidad de procesamiento de información se refiere al tiempo que tarda una persona en abstraer e integrar información durante la solución de problemas (Kail & Salthouse, 1994); así como a la rapidez con la que un individuo ejecuta funciones cognitivas básicas (Hale, 1990) tales como la identificación de un objeto, toma de decisiones o la realización de discriminaciones simples entre objetos o imágenes.

De acuerdo a la literatura previa, en niños escolares así como en adultos la velocidad de procesamiento consistentemente predice el desempeño de los mismos en una gran variedad de tareas; un procesamiento más rápido está asociado por ejemplo, a un incremento en la capacidad de memoria de trabajo, permitiendo a su vez un mejor razonamiento inductivo y una mayor exactitud en la solución de problemas de tipo aritmético (Fry & Hale, 1996; Kail, 2007; Kail & Hall, 1999; Kail & Salthouse, 1994; Marchman & Fernald, 2008).

Diversos autores han mostrado que las medidas de velocidad de procesamiento contribuyen al puntaje de coeficiente intelectual, medidas de lenguaje hablado y escrito y organización perceptual medido en edades posteriores como a los seis u once años. Estos resultados han confirmado sistemáticamente que la velocidad de procesamiento obtenido en la infancia contribuye importantemente en la competencia cognitiva posterior de los infantes (Fry & Hale, 1996; Fry & Hale, 2000; Kail, 2007; Marchman & Fernald, 2008; Rose & Feldman, 1997; Rose, Feldman & Wallace, 1992). Asimismo, se ha descrito en otra serie de estudios que los infantes que se habitúan más rápido son más adeptos a atender, codificar y recuperar información visual; y que las diferencias individuales en tales medidas de procesamiento están asociadas al desempeño en pruebas de inteligencia verbal y no verbal en la infancia posterior (Bornstein et al., 2006; McCall & Carriger, 1993; Rose, Feldman & Jankowski, 2005; Rose, Feldman, Jankowski & Van Rosemm, 2012).

De manera general, en estudios con infantes de edades tempranas utilizando el procedimiento de Looking while listening (Mira mientras escuchas), Fernald, Pinto, Swingley, Weinberg y McRoberts (1998) mostraron que tanto la velocidad de respuesta como la exactitud de la dirección de la mirada hacia un estímulo blanco incrementan conforme aumenta la edad de los infantes, concretamente durante el segundo año de vida. Así mismo Fernald, Swingley y Pinto (2001) y Fernald, Perfors y Marchman (2006) mostraron que los infantes de 25 meses de edad con menor TR y con menos errores en una tarea de reconocimiento de palabras familiares, tuvieron mayor vocabulario reportado por su cuidador; al contrario de los infantes con TR más largos y con más errores quienes tuvieron un menor vocabulario de acuerdo al reporte parental. Específicamente, en el estudio de Fernald et al. (2001) analizaron la velocidad de procesamiento (medido como tiempo de reacción) de infantes de 18 y 21 meses de edad mientras les presentaban sonidos de palabras asociadas a imágenes. Encontraron que en ambas edades los infantes que presentaron menos errores y tiempos de reacción más cortos tuvieron más de 100 palabras en su vocabulario reportadas por sus padres; y que los infantes con menos de 60 palabras en su vocabulario fueron quienes tuvieron tiempos de reacción más largos y un mayor número de errores en la tarea.

Por su parte, en un estudio con infantes alrededor del primer año de vida Suárez y Alva (2013) mostraron que la tendencia a disminuir el TR conforme aumenta la edad también es cierta cuando se evalúan procesos más complejos que el reconocimiento, como el proceso de aprendizaje de palabras. En dicho estudio, las autoras reportaron que los TR obtenidos por infantes de 9 meses de edad en una tarea de aprendizaje de palabras fueron mayores que los TR obtenidos en la misma tarea a los 15 meses de edad, siendo esta diferencia estadísticamente significativa. De igual forma, en un estudio posterior, Suárez y Alva (2014; en revisión) mostraron que las diferencias de TR obtenidas en una tarea de aprendizaje por infantes de 9 a 15 meses de edad, pueden reflejar diferencias en el puntaje de habilidades lingüísticas obtenido en una subescala que evalúa un conjunto de gestos con intención comunicativa de una prueba estandarizada diseñada para dichas edades. En el estudio de Suárez y Alva (2014; en revisión) los infantes con TR más largos fueron los que mostraron un mayor puntaje de habilidades comunicativas, lo cual sugiere que a diferencia de una tarea de reconocimiento, los infantes que procesan un estímulo novedoso durante más tiempo son aquellos que presentan una mayor habilidad lingüística medida a través de una subescala del reporte parental, en ese caso la subescala de gestos tardíos del Inventario MacArthur CDI-I.

Específicamente, en los estudios con infantes que utilizan técnicas de atención preferencial como la descrita en los estudios anteriores, la medida utilizada para obtener la velocidad de procesamiento es la latencia, o tiempo de reacción (TR) visual. Esta medida se refiere al tiempo que tarda un infante en dirigir su mirada hacia un estímulo visual previamente determinado como blanco, a partir del nombramiento del mismo. Gracias a este tipo de estudios sabemos que, en edades tempranas, el TR hacia un estímulo visual tiende a disminuir conforme aumenta la edad (Kail, 1991), tanto cuando se utilizan estímulos que son familiares o conocidos por los infantes (e.g. Fernald et al. 1998), así como con estímulos novedosos (Suárez & Alva, 2013).

Además, la edad de los infantes a que hacen referencia los estudios recién descritos (alrededor del primer año de vida) corresponde con la etapa del desarrollo de la comprensión léxica, en la cual los infantes aprenden que existe una relación entre una palabra y su referente antes de aprender que una palabra denota a un objeto (Golinkoff, Mervis & Hirsh-Pasek, 1994). Cuando los infantes aprenden nuevas relaciones entre palabras y objetos, se apoyan fuertemente en claves perceptuales como la sincronía entre vocalizaciones y objetos estáticos o en movimiento antes del primer año de vida, así como en claves sociales como la dirección de la mirada del adulto hacia el referente mientras se nombra (Bloom, 2001; Gogate, Walker-Andrews & Bahrick, 2001) o algunas características específicas de la comunicación materna tales como la materlalia o el habla dirigida a infantes, la cual se caracteriza por el uso de un tono de voz alto y prosodia exagerada (Arias-Trejo & Hernández-Padilla, 2007; López-Ornat, Fernández, Gallo & Mariscal, 1994; Rivero, 1993).

En un estudio, Gogate et al. (2001) mencionaron que la comprensión de palabras se desarrolla a partir de una detección temprana de relaciones entre palabras y objetos o acciones visibles. Los datos mostrados por los autores

sugieren una visión alternativa del proceso de desarrollo que enfatiza interacciones dinámicas y recíprocas entre percepción, atención selectiva y aprendizaje en infantes. El estudio de Gogate et al. (2001) muestra cómo una percepción intermodal puede contribuir a la detección de pares palabra-referente en los infantes. En este mismo sentido, diversos estudios apoyan la idea de que la detección de relaciones palabra-objeto es el resultado de un aprendizaje o mecanismo asociativo de palabras y conceptos (Jusczyk & Hohne, 1997; Schafer & Plunkett, 1998; Stager & Werker, 1997).

Cabe mencionar que los estudios en los que se ha mostrado una relación entre el TR y el lenguaje, específicamente vocabulario productivo, muestran resultados de infantes a partir del segundo año de vida hasta la edad preescolar. Los resultados han sido replicados en varias ocasiones, resaltando la importancia y el poder predictivo de la medida de velocidad de procesamiento sobre el desarrollo del lenguaje (Fry & Hale, 1996; Marchman & Fernald, 2008; Rose, Feldman, Jankowski & Van Rossem, 2011). Si bien en los trabajos de Suárez y Alva (2013; 2014; en revisión) muestran efectos diferenciales del TR de acuerdo al tipo de tarea o proceso estudiado, poco se sabe acerca del estudio del TR en edades tempranas obtenido en tareas experimentales que evalúen otro tipo de habilidades lingüísticas, más allá del reconocimiento, así como su posible relación con habilidades lingüísticas (vocabulario) obtenidas en edades posteriores. Dadas las implicaciones del TR en el desarrollo cognitivo posterior de los infantes descritas en estudios previos, resulta preponderante determinar si el TR analizado en edades más tempranas obtenido en tareas de atención preferencial, distintas al reconocimiento de palabras y que evalúen el proceso de detección de relaciones palabra-objeto (tarea de aprendizaje), también presenta características predictivas de habilidades cognitivas, específicamente vocabulario durante el segundo año de vida del infante. En dicha etapa del desarrollo los infantes recién han adquirido habilidades lingüísticas en términos de producción (Alva, 2004; Golinkoff, 2001), así como un repertorio léxico funcional que le permite la comunicación eficiente con sus pares y con adultos.

Por lo anterior, el propósito del presente estudio fue determinar si la velocidad de procesamiento de infantes antes del primer año de edad obtenida en una tarea de aprendizaje de palabras, puede ser un indicador del desempeño de los mismos en medidas de vocabulario productivo durante el segundo año de vida. Por convención en el presente trabajo se referirá a la medida de velocidad de procesamiento como tiempo de reacción (TR).

Método

Participantes

En este estudio participaron 13 infantes (5 niñas y 8 niños) quienes al inicio del estudio tenían entre 9 y 12 meses de edad ($M=10$ meses, 15 días). El promedio de edad de las madres de los participantes fue de $M=31.2$ años ($DE=8.8$) y en cuanto a su escolaridad, tuvieron un promedio de $M=12.8$ años de estudio ($DE=2.6$). Los criterios de inclusión fueron que los infantes participantes hubieran nacido a término, que el español fuera su lengua materna, que no

hubieran padecido problemas de tipo auditivo o visual y que no tuvieran antecedentes de enfermedades graves reportados por sus padres. Todos los participantes se reclutaron a través de la publicación de anuncios en la gaceta de la universidad donde se llevó a cabo el estudio.

Instrumentos y aparatos

Se empleó el Inventario de Desarrollo Comunicativo (Communicative Development Inventory, CDI) Versión II, el cual es útil para el estudio de infantes entre los 16 y los 30 meses de edad y evalúa diversos aspectos de la adquisición de vocabulario y gramática (Jackson-Maldonado et al., 2003). Consta de dos partes principales: en la Parte I denominada Primeras Palabras, se destaca una lista de vocabulario que consta de 680 palabras divididas en 23 categorías semánticas, sobre la cual los padres deben indicar las palabras que su hijo dice; y en la Parte II denominada Oraciones y Gramática, además de evaluar formas de verbos y combinación de palabras, se resalta un puntaje para la longitud de emisiones de los infantes, así como un puntaje respecto a la complejidad de frases. En el presente trabajo se considerarán las subescalas de vocabulario, longitud y complejidad de frases, por ser medidas que pueden ser analizadas tanto en puntaje crudo como en puntuación percentil de acuerdo a las normas del instrumento.

Escenario

Se utilizó el Paradigma Intermodal de Atención Preferencial (PIAP) (Alva, 2007; Golinkoff, Hirsch-Pasek, Cauley & Gordon, 1987) el cual se lleva a cabo en una cabina conformada por tres paneles, con un monitor plasma de 40" ubicado en la parte central del panel frontal a una altura de 1.10 metros del piso. Durante la tarea experimental, el infante se sentó en las piernas de su cuidador quien a su vez estuvo sentado en una silla frente al monitor a una distancia aproximada de 110 cm. Para evitar alguna influencia del cuidador sobre la respuesta de los infantes, se le pidió cerrar los ojos y colocarse unos audífonos durante las tareas que fueron proporcionados por el experimentador. Arriba del monitor se encuentran tres cámaras de video que grabaron la mirada del infante durante el tiempo que duró la tarea experimental, así como una bocina para la presentación de estímulos auditivos. Las cámaras están conectadas a una computadora detrás del panel frontal desde la cual se programa la presentación de estímulos visuales y auditivos y se realiza el registro de la videograbación. El video obtenido se codificó fuera de línea con un sistema de cuadro por cuadro con duración de 33.33 ms cada uno. Los registros de la dirección de la mirada de los infantes fueron confiabilizados por jueces con un acuerdo mínimo del 98%.

Estímulos

Estímulos visuales. Se utilizaron dos imágenes digitales a color de igual tamaño sobre fondo gris desconocidas para los infantes y diseñados específicamente para este estudio en el programa Power Point del paquete Microsoft Office versión 2007. Las imágenes se conformaron por figuras

geométricas de colores primarios complementarios (rojo-azul; verde-amarillo) con el fin de ser llamativos para los infantes. Se consideró que un estímulo no destacara sobre el otro por un grupo de jueces expertos en investigación con infantes.

Estímulos auditivos. Se utilizó la grabación de dos pseudopalabras con la estructura consonante-vocal-consonante-vocal (CVCV), por ser una estructura altamente frecuente en el español (Falcón, Alva & Franco, 2013). Las palabras fueron mibo y cape y estuvieron asociadas a los dos estímulos visuales utilizados en esta misma tarea. Las sílabas que conforman los estímulos auditivos de la Tarea de Aprendizaje de Palabras (mi, bo, ca, pe) se eligieron por su alta frecuencia de aparición en una base de habla espontánea de infantes de 12 a 15 meses de edad (Alva, 2004).

Procedimiento

Se concertó una cita vía telefónica con los padres de los bebés participantes para que asistieran en dos ocasiones al Laboratorio de Infantes de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. En la primera visita (a la edad de 10 meses de los infantes) se utilizó el Paradigma Intermodal de Atención Preferencial PIAP (adaptación de Alva, 2007) para la realización y presentación de la tarea experimental. Dicha tarea se basó en la utilizada por Schafer y Plunkett (1998) y se denominó Tarea de Aprendizaje de Palabras. Dicha tarea consistió en dos fases: una de entrenamiento y una de prueba. Durante la fase de entrenamiento se presentaron 14 ensayos de 2.5s cada uno, en los cuales se presentó una imagen desconocida para el infante en un lado de la pantalla y a los 1.5s se emitió la palabra correspondiente a la imagen presentada. La fase de prueba consistió en 6 ensayos de 10s cada uno, durante los primeros tres segundos se presentaron ambas imágenes a cada lado de la pantalla y a los 3s se presentó uno de los estímulos auditivos correspondientes a una de las dos imágenes. Cada ensayo de prueba constó de 2 etapas: etapa PRE, antes de la presentación del estímulo auditivo (de 0 a 3s) y etapa POST, después de la presentación del estímulo auditivo (de 3 a 10s). La mirada de los infantes fue videograbada y analizada posteriormente cuadro por cuadro. Se midió el tiempo en milisegundos que tardó cada infante en dirigir su mirada hacia el estímulo que fue nombrado en la etapa POST de la tarea y esta medida se tomó como indicador de la velocidad de procesamiento de los infantes.

La segunda visita se llevó a cabo aproximadamente un año y medio después, cuando los infantes tuvieron entre 24 y 30 meses de edad ($M= 27$ meses, 10 días) y durante la misma se aplicó a las madres de los infantes el Inventario de Desarrollo Comunicativo (CDI) Versión II (Jackson Maldonado et al., 2003) para obtener el puntaje de habilidades comunicativas de éstos últimos.

Resultados

A continuación se mostrará el promedio del TR obtenido por los infantes participantes en la tarea experimental durante su primera visita, así como sus puntajes en las tres subescalas del inventario MacArthur CDI-II obtenidos en la segunda visita de los participantes. Asimismo, se presentará un análisis de la relación entre ambas variables (TR y puntajes CDI-II MacArthur).

Para obtener el promedio de TR, se midió el tiempo que cada infante tardó en dirigir su mirada a uno de dos estímulos visuales nuevos. Se obtuvo el promedio del TR de cada infante hacia el estímulo visual designado como blanco a partir de la presentación del estímulo auditivo asociado. Sólo se tomaron en cuenta aquellos ensayos en donde la mirada del infante se encontraba hacia el estímulo distractor (estímulo no nombrado) al momento de la presentación del estímulo auditivo. Se utilizó el criterio de Hurtado, Marchman y Fernald (2007) y Fernald et al. (2001) en donde se descartaron las respuestas anteriores a los 367 ms a partir del estímulo auditivo debido a que ocurrieron antes de que el infante pudiera percibir el estímulo auditivo completo. De igual manera, las respuestas mayores a 1800 ms fueron excluidas ya que se considera poco probable que muestren una respuesta hacia el estímulo blanco. El promedio de TR obtenido por los infantes participantes de este estudio fue de $M= 1178.45$ ms ($DE= 499.66$ ms).

Por otra parte, en la Tabla 1 se muestra el promedio, desviación estándar y puntuaciones percentiles obtenidas en las subescalas de vocabulario, longitud y complejidad de frases de la versión II del CDI MacArthur, por los infantes de este estudio, durante su segunda visita.

Tabla 1

Promedio, desviación estándar y puntuación percentil de los puntajes obtenidos por los infantes de este estudio en el CDI-II MacArthur

Subescala del MacArthur CDI Versión II	
Vocabulario (Total posible: 680)	
Promedio	256.79
DE	184.7
Puntuación Percentil	45.92
Longitud (No hay un puntaje máximo determinado por la prueba)	
Promedio	2.76
DE	1.7
Puntuación Percentil	41.07
Complejidad de frases (Total posible: 37)	
Promedio	5.79
DE	9.5
Puntuación Percentil	52.29

Con el propósito de analizar si existe una relación entre el TR medido en edades tempranas y el puntaje de habilidades comunicativas 18 meses después, se realizó un análisis de correlación de Pearson a partir del cual se encontró una correlación positiva estadísticamente significativa entre los TR en la Tarea Aprendizaje de Palabras a los 10 meses de edad y la subescala de vocabulario a los 27 meses de edad tanto para el puntaje crudo ($r = .624$, $p = .01$) como para la puntuación percentil ($r = .550$, $p = .05$). Por el contrario, no se encontró ninguna correlación significativa entre el TR y las subescalas de longitud y complejidad de frases tanto para las puntuaciones crudas como para las calificaciones percentiles. Los resultados para las puntuaciones crudas fueron: $r = .364$, $p = .200$ para longitud y $r = .376$, $p = .185$ para complejidad de frases; y los resultados para las puntuaciones percentiles fueron: $r = .368$, $p = .195$ para longitud y $r = .394$, $p = .163$ para complejidad de frases respectivamente.

Adicionalmente, se realizó un análisis de regresión lineal utilizando el TR obtenido en la tarea experimental como predictor y el puntaje de la subescala de vocabulario como variable dependiente. Se decidió realizar este análisis únicamente con la subescala de vocabulario ya que fue la única escala que correlacionó significativamente con el TR obtenido en la tarea de aprendizaje de palabras. Se observó que el TR en la tarea experimental medido a los 10 meses de edad explicó el desempeño en la subescala de vocabulario en los mismos infantes casi un año y medio después ($\beta = .231$, $t(12) = 2.77$, $p = .01$). El valor obtenido de R^2 fue de .62.

Discusión

Como se pudo observar en la sección de resultados, los puntajes percentiles obtenidos en las tres subescalas del CDI-II se encontraron alrededor del percentil 50, lo cual indica que los infantes participantes de este estudio presentan un desempeño equivalente al de infantes de la misma edad, de acuerdo a las normas del Inventario CDI-II.

Respecto a los análisis sobre TR, la relación positiva estadísticamente significativa entre el TR obtenido en la tarea experimental y el puntaje de la subescala de vocabulario del CDI-II es contraria a la literatura previa que muestra una relación negativa entre el valor de TR y el puntaje de vocabulario. Sin embargo, los estudios anteriores muestran esta relación analizando los TR en tareas de reconocimiento de palabras familiares y no en una tarea de aprendizaje de palabras con estímulos novedosos como es el caso del presente trabajo; además de que en los estudios anteriores la edad en la cual se obtienen los valores de TR es mayor a los dos años de vida de los infantes (Fernald et al. 2006). En el presente trabajo se encontró la misma tendencia que en el estudio de Suárez y Alva (2014; en revisión) respecto a la relación positiva entre TR y habilidades comunicativas con infantes desde 9 meses de edad. Sin embargo, en el estudio previo la relación entre ambas variables se describió en el mismo rango de edad de los infantes y las habilidades comunicativas que correlacionaron con el TR no correspondieron al vocabulario productivo, sino que estuvieron relacionadas con una subescala sobre habilidades más generales (gestos tardíos).

La principal aportación de este estudio fue mostrar que la medida de TR obtenida antes del primer año de edad puede utilizarse como predictor del vocabulario productivo durante el segundo año de vida. Los resultados aquí mostrados implican que el hecho que un infante tarde más en procesar un estímulo nuevo asociado a una palabra en comparación con sus pares, tendrá un mayor impacto para predecir su repertorio léxico (en términos del número de palabras que emite) durante el segundo año de vida. La medida de TR en este caso muestra el tiempo que tarda un niño en procesar información nueva en tiempo real.

Los resultados obtenidos en esta investigación resaltan la importancia del estudio de los TR en edades tempranas en tareas que miden habilidades de lenguaje distintas a las estudiadas en la literatura previa, en este caso, el aprendizaje de palabras. Los resultados aquí mostrados brindan información concreta de los efectos que tiene el procesamiento de información sobre habilidades lingüísticas tempranas. Este hallazgo es de suma importancia ya que demuestra que la habilidad para aprender nuevas palabras analizada a edades tan tempranas como a los 10 meses de edad, tiene una relación directa con el desarrollo del lenguaje productivo en los mismos infantes, 18 meses después.

En las tareas de reconocimiento de palabras reportadas en estudios previos, los infantes más rápidos son quienes mostraron también un puntaje de vocabulario más alto (Fernald et al., 2006). Por el contrario, en la tarea de aprendizaje de palabras aquí presentada los infantes más rápidos fueron quienes tuvieron puntajes más bajos en la subescala de vocabulario del Inventario CDI-II. Un TR lento en un proceso de aprendizaje en este caso refleja una mayor habilidad por parte de los infantes para analizar estímulos visuales, así como para determinar la correspondencia entre la etiqueta o nombre dado y el objeto observado. Lo anterior resulta congruente con los estudios de Gogate et al. (2001), Jusczyk y Hohne (1997) y Stager y Werker (1997) respecto a la detección temprana de relaciones entre palabras y objetos y su derivada comprensión de palabras, así como del aprendizaje de las mismas. El hecho de que un infante aprenda una palabra nueva va más allá de la asociación simple entre dos estímulos. Dicho proceso en cambio, implica que existe una interacción compleja y recíproca entre el infante y su ambiente, que en este caso sería el lenguaje al que está expuesto; así como el conocimiento por parte del infante de que las palabras están relacionadas a objetos visibles o acciones y que las palabras funcionan como símbolos para denotar objetos o acciones específicas (Gogate et al., 2001).

En la literatura sobre velocidad de procesamiento se han mostrado relaciones entre el TR y habilidades cognitivas posteriores como memoria y lenguaje, resaltando el poder predictivo que tiene esta variable sobre habilidades más generales cuando los niños son mayores de 6 años (Fernald et al., 2006; Fry & Hale, 1996; Marchman & Fernald, 2008; Rose et al., 2011; 2012). Las diferencias encontradas en el TR en los infantes de 9 a 15 meses en la Tarea de Aprendizaje de Palabras de este estudio, sugiere que medidas de velocidad de procesamiento en este tipo de tareas pueden estar relacionadas con procesos lingüísticos tan específicos como la producción verbal en la infancia posterior; después del primer año de vida pero anterior a la etapa preescolar, justo cuando

los infantes se encuentran en un periodo de desarrollo y adquisición de vocabulario (Ganger & Brent, 2004; Hernández & Alva, 2007). Los resultados presentados en este trabajo apoyan la idea de continuar con más investigación para establecer con exactitud cómo es que el desempeño en edades tempranas en tareas distintas al reconocimiento de palabras, por ejemplo el aprendizaje de palabras, se pudieran relacionar con medidas posteriores más generales, como inteligencia, memoria y lenguaje en los mismos infantes ya en edad preescolar.

Referencias

- Alva, E. (2004). *Modelos de desarrollo del lenguaje espontáneo en infantes y escolares: Análisis de muestras masivas*. (Tesis doctoral). Facultad de Psicología. UNAM.
- Alva, E. (Ed.). (2007). *Del universo de los sonidos a la palabra: Investigaciones sobre el desarrollo del lenguaje en infantes*. México, Distrito Federal: UNAM.
- Arias-Trejo, N. y Hernández-Padilla, E. (2007). Introducción al estudio de la adquisición de la lengua en etapas tempranas. En E. Alva (Ed.), *Del universo de los sonidos a la palabra: Investigaciones sobre el desarrollo del lenguaje en infantes*. Primera edición. México, Distrito Federal: UNAM.
- Bloom, P. (2001) Précis of How Children Learn the Meanings of Words. *Behavioral and Brain Sciences*, 24(6), 1095-1103.
- Bornstein, M., Hahn, C., Bell, C., Haynes, M., Slater, A., Golding, J., Wolke, D. & ALSPAC Study Team. (2006). Stability in cognition across early childhood: A developmental cascade. *Psychological Science*, 17(2), 151. doi:10.1111/j.1467-9280.2006.01678.x.
- Falcón, A., Alva, E. y Franco, A. (2013). Segmentación y categorización intraléxica por infantes aprendices del español de 9 a 12 meses de edad. *Psicológica*. 34, 37-58.
- Fernald, A., Perfors, A. & Marchman, V. (2006). Picking up speed in understanding: Speech processing efficiency and vocabulary growth across the 2nd year. *Developmental Psychology*, 42(1), 98-116. doi:10.1037/0012-1649.42.1.98
- Fernald, A., Pinto, J., Swingley, D., Weinberg, A. & McRoberts, G. (1998). Rapid gains in speed of verbal processing by infants in the 2nd year. *American Psychological Society*, 9(3), 228-231. doi:10.1111/1467-9280.00044
- Fernald, A., Swingley, D. & Pinto, J. (2001). When half word is enough: Infants can recognize spoken words using partial phonetic information. *Child Development*, 72(4), 1003-1015. doi:10.1111/1467-8624.00331
- Fry A. & Hale S. (1996). Processing speed, working memory, and fluid intelligence: evidence for a development cascade. *Psychological Science*, 7(4). doi: 10.1111/j.1467-9280.1996.tb00366.x
- Fry, A. & Hale, S. 2000. Relationships among processing speed, working memory, and fluid intelligence in children. *Biological Psychology*, 54, 1-34.
- Ganger, J. & Brent, M. (2004). Reexamining the vocabulary spurt. *Developmental Psychology*, 40(4), 621-632. doi:10.1037/0012-1649.40.4.621

- Gogate, L., Walker-Andrews, A. & Bahrick, L. (2001) The intersensory origins of word comprehension: An ecological-dynamic systems view. *Developmental Science*, 4(1), 1–18. doi: 10.1111/1467-7687.00143.
- Golinkoff, R. M. y Hirsch Pasek, K. (2001). *Cómo hablan los bebés: la magia y el misterio de lenguaje durante los primeros tres años*. México: Oxford University Press.
- Golinkoff, R., Hirsch-Pasek, K., Cauley, K. & Gordon, L. (1987). The eyes have it: Lexical and syntactic comprehension in a new paradigm. *Journal of Child Language*, 14(01), 23-45. doi:10.1017/S030500090001271X
- Golinkoff, R., Mervis, C. & Hirsh-Pasek, K. (1994). Early object labels: The case for a developmental lexical principles framework. *Journal of Child Language*, 21, 125-155. doi: 10.1017/S0305000900008692
- Hale, S. (1990). A global developmental trend in cognitive processing speed. *Child Development*, 61, 653-663. doi: 10.2307/1130951
- Hernández, E. y Alva, E. (2007). Explosión de vocabulario. En E. Alva (Ed.), *Del universo de los sonidos a la palabra: Investigaciones sobre el desarrollo del lenguaje en infantes*. Primera edición. México, Distrito Federal: UNAM.
- Hurtado, N., Marchman, V. & Fernald, A. (2007). Spoken word recognition by Latino children learning Spanish as their first language. *Journal of Child Language*. 33, 227–249. doi: 10.1017/S0305000906007896
- Jackson-Maldonado, D., Thal, D., Marchman, V., Newton, T., Fenson, L., y Conboy, B. (2003). *El Inventario del Desarrollo de Habilidades Comunicativas: User's guide and technical manual*. Baltimore, MD: Brookes Publishing Co.
- Jusczyk, P. & Hohne, E. (1997) Infants' memory for spoken words. *Science*, 277, 1984-1986.
- Kail, R. (1991). Developmental change in speed of processing during childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*, 109(3), 490-501. doi: 10.1037//0033-2909.109.3.490.
- Kail, R. (2007). Longitudinal evidence that increases in processing speed and working memory enhance children's reasoning. *Psychological Science*, 18, 312-313. doi: 10.1111/j.1467-9280.2007.01895.x.
- Kail, R. & Hall, L. K. (1994). Processing speed, naming speed, and reading. *Developmental Psychology*, 30, 949-954. doi: 10.1037//0012-1649.30.6.949.
- Kail, R. & Salthouse, T. (1994). Processing speed as a mental capacity. *Acta Psychologica*, 86, 199-225. doi: 10.1016/0001-6918(94)90003-5.
- López-Ornat, S., Fernández, A., Gallo, P. y Mariscal, S. (1994) *La adquisición de la lengua española*. Madrid, Siglo XXI.
- Marchman, V. & Fernald, A. (2008). Speed of word recognition and vocabulary knowledge in infancy predict cognitive and language outcomes in later childhood. *Development Science*. 11(3), 9-16. doi: 10.1111/j.1467-7687.2008.00671.x.
- McCall, R. & Carriger, M. (1993). A meta-analysis of infant habituation and recognition memory performance as predictors of later IQ. *Child Development*, 64(1), 57–79. doi:10.2307/1131437.

- Rivero, M. (1993). La influencia del habla de estilo materno en la adquisición del lenguaje: Valor y límites de la hipótesis del input. *Anuario de Psicología*, 57, 45-64.
- Rose, S. & Feldman, J. (1997). Memory and speed: Their role in the relation of infant information processing to later IQ. *Child Development*, 68(4), 630-641. doi: 10.2307/1132115.
- Rose, S., Feldman, J. & Jankowski J. (2005). The structure of infant cognition at 1 year. *Intelligence*, 33, 231–250. doi: 10.1016/j.intell.2004.11.002.
- Rose, S., Feldman, J., Jankowski, J. & Van Rossem, R. (2011). Basic information processing abilities at 11 years account for deficits in IQ associated with preterm birth. *Intelligence*, 39, 198–209. doi: 10.1016/j.intell.2012.05.007.
- Rose, S., Feldman, J., Jankowski, J. & Van Rossem, R. (2012). Information processing from infancy to 11 years: Continuities and prediction of IQ. *Intelligence*, 40(5), 445–457. doi: 10.1016/j.intell.2012.05.007.
- Rose, S., Feldman, J. & Wallace, I. (1992). Infant information processing in relation to six-year cognitive outcomes. *Child Development*, 63(5), 1126-114. doi: 10.2307/1131522.
- Schafer, G. & Plunkett, K. (1998). Rapid word learning by fifteen-month-olds under tightly controlled conditions. *Child Development*, 69(2), 309-320. doi: 10.2307/1132166.
- Suárez, P. y Alva, E. (Octubre, 2013). *Tiempo de respuesta visual y su relación con el aprendizaje de palabras en infantes*. Trabajo presentado en el XXI Congreso Mexicano de Psicología. Guadalajara, Jalisco.
- Suárez, P. y Alva, E. (2014). *Desarrollo del lenguaje en el segundo año de vida: interacción, aprendizaje de palabras y vocabulario*. Trabajo presentado en el XXII Congreso Mexicano de Psicología. Boca del Río, Veracruz.
- Suárez, P. y Alva, E. (en revisión). Relación entre velocidad de procesamiento, aprendizaje de palabras y habilidades comunicativas en infantes hispanohablantes de 9-15 meses.
- Stager, C. & Werker, J. (1997). Infants listen for more phonetic detail in speech perception than in word-learning tasks. *Nature*, 388, 381-382.

Lineamientos para los autores

La Revista Acta de Investigación Psicológica (AIP) tiene como propósito publicar simultáneamente en papel y en forma electrónica artículos científicos originales de investigación empírica en todos los ámbitos de la psicología. El manuscrito no debe someterse al mismo tiempo a consideración de otra revista. Además, se debe garantizar que los contenidos del manuscrito no han sido publicados y que todas las personas incluidas como autores han dado su aprobación para su publicación.

Se pueden someter a la revista manuscritos describiendo investigación original en español o en inglés. En ambos casos, la primera página debe incluir el título en ambos idiomas, el título no mayor a 85 caracteres incluyendo espacios, se recomienda que sea claro, preciso y que contenga las variables del estudio, nombre(s) del(os) autor(es) completo(s) y afiliación institucional. En la parte inferior de la página se debe incluir el nombre del autor o el de la autora a quien se dirigirá cualquier correspondencia, número telefónico, correo electrónico y domicilio completo.

El manuscrito debe presentarse en un único documento escrito a doble espacio con letra Arial 12 puntos, y no debe exceder de 25 páginas, incluyendo tablas y figuras. El formato del texto debe apegarse estrictamente al Manual de Estilo de Publicaciones APA (2da. Ed., en español, 2002, Editorial El Manual Moderno) y a los lineamientos descritos a continuación.

En la segunda y tercera páginas debe presentarse el título en los dos idiomas, en caso de que el manuscrito este en Español, llevará un resumen con un máximo de 200 palabras, y en Inglés un abstract de 300 a 400 palabras, en caso de que el texto este en Inglés un abstract de 200 palabras y un resumen en Español de 300 a 400 palabras.

Se deberá incluir también 5 palabras clave en español y 5 en inglés. Se recomienda que las palabras claves se refieran a las variables del estudio, la población, la metodología utilizada, al campo de conocimiento, el país donde se llevó a cabo la investigación. Debido a que la revisión editorial se realiza de forma anónima por 2 jueces, es responsabilidad del autor verificar que dentro del cuerpo del artículo no haya elementos que puedan identificar a los autores.

En las páginas siguientes debe aparecer el cuerpo del manuscrito, marco teórico, método, resultados, discusión y referencias. En el mismo archivo, al final del cuerpo del manuscrito, en páginas separadas, deben aparecer las leyendas de figuras y tablas, las figuras, las tablas, los anexos y nota del autor. Dentro del texto del artículo se debe señalar claramente el orden de aparición, y su formato se apegará estrictamente al formato APA.

Dado el corte estrictamente empírico de la publicación, es indispensable que la introducción justifique claramente la importancia del problema de investigación, el cual debe derivarse directamente de la revisión de la investigación antecedente relevante, incluyendo resultados contradictorios, vacíos en el conocimiento y/o ausencia de conocimiento que el estudio pretenda resolver. En la sección de método deberá incluir la formulación de las hipótesis o las preguntas de investigación en las que se consideraren claramente las variables de estudio y se vinculen directamente con el problema. Las hipótesis o preguntas de investigación deben considerar clara y exclusivamente las variables del estudio, es decir, que se vinculan directa y explícitamente con el problema de investigación, enuncian claramente la dirección de la relación entre las variables y están apoyadas por la revisión de la literatura.

Incluya una descripción amplia y clara de la muestra, procedimientos y mediciones. En el apartado de resultados presente solo datos que se derivan de las hipótesis de estudio y asegure que los análisis estadísticos sean pertinentes. Se ha de proveer información de la magnitud de los efectos, así como de la probabilidad de todos los resultados significativos. Los datos que apoyen los resultados de la investigación deberán conservarse por 5 años después de la publicación, para garantizar que otros profesionales puedan corroborar los argumentos que se sostienen en el trabajo escrito, siempre y cuando al hacerlo no se violen derechos legales o éticos. Por último, la discusión debe derivarse congruente y directamente del marco teórico, la pregunta de investigación y los

resultados obtenidos. Finalmente, asegurarse de que cada una de las referencias debe estar citada en el texto y cada cita debe estar en la lista de referencias.

El manuscrito debe enviarse adjunto vía electrónica en un solo archivo nombrado con el primer apellido del primer autor y la (s) inicial (es) del nombre y en formato compatible con PC (.doc, .rtf), a Rolando Díaz Loving al correo electrónico: **actapsicologicaunam@gmail.com**. Los autores deben conservar una copia del manuscrito sometido, en caso de que éste sufra algún daño al enviarlo a la AIP.

Todo manuscrito sometido a AIP se someterá a un filtro inicial, antes de ingresar al proceso editorial. Una vez soslayado este cedazo, se revisarán manuscritos de investigación que cumplan con rigor conceptual y metodológico; esta decisión depende de los miembros del Consejo Editorial, de dictaminadores y en última instancia, del Editor. Los autores de los artículos aceptados deben proveer por escrito las autorizaciones de material con derechos de autor, como pruebas psicológicas, fotografías, figuras, tablas, entre otros, que son utilizados en su artículo.

Proceso editorial

El proceso de recepción, evaluación, dictamen y publicación que se sigue en la revista es el siguiente:

- El Autor principal lee y acepta las políticas de publicación de la revista y será el encargado del seguimiento y comunicación con la misma.
- El Autor principal prepara y envía su artículo y autorizaciones de acuerdo al formato solicitado.
- El Editor recibe el material y revisa que cumpla con los requisitos establecidos (formato, autorizaciones, etc.), de no ser así, se devuelve al Autor para su corrección y posterior postulación. Sí el artículo cumple con todos los requisitos establecidos, el Editor emite confirmación de la recepción y del envío a revisión del artículo. El Editor selecciona a los miembros del Comité Editorial que realizarán la revisión del artículo (entre 2 y 3 miembros).
- Los miembros del Comité Editorial seleccionados, que desconocen la (s) autoría (s) del manuscrito, revisan y emiten un dictamen razonado sobre el artículo basado en la rigurosidad científica, el impacto de la contribución, la congruencia del método de investigación, la sistematicidad y lo adecuado de los resultados, la claridad y contundencia de los argumentos de la presentación (tiempo estimado: 4 semanas máximo).
- El Editor recibe y pondera las evaluaciones de los revisores y emite alguno de los siguientes dictámenes:
 - 1) Aprobado para publicación.
 - 2) Aprobado para publicación condicionado a los cambios sugeridos.
 - 3) Cambios sugeridos mayores que requieren de una nueva evaluación.
 - 4) La temática, contenido, abordaje o metodología no corresponden a los criterios de evaluación de la revista.
- En el caso 2, el Editor hace del conocimiento del Autor los cambios sugeridos al artículo para su publicación.
- El Autor recibe y realiza los cambios sugeridos al artículo, y en un plazo máximo de 4 semanas a partir de conocer los cambios sugeridos remite el artículo corregido al Editor.

- El Editor revisa los cambios y en caso de requerirse sugiere tantas modificaciones como sean necesarias. El Autor las realiza y lo reenvía al Editor
- En el caso 3, el Autor realiza los cambios sugeridos y lo reenvía al Editor quien a su vez lo envía a evaluación por el Comité Editorial.
- Una vez aceptado un manuscrito sin cambios adicionales, el Editor informará a todos los autores el número de la revista donde será publicado su artículo, conciliando la composición y tamaño de cada uno.
- Cuando el número es publicado, se proporcionarán dos revistas a cada autor.

Guidelines for Authors

The purpose of Psychological Research Records (PRR) is to publish original empirical scientific articles in all fields of psychology, simultaneously in hard copy and electronically. Contents of submitted manuscripts should be approved by all authors and have not appeared in other publications. In addition, manuscripts should not be sent to consideration in other journals while in the process of evaluation.

Articles describing original empirical research may be submitted either in English or in Spanish. In any case, the cover page should include title in both languages, no longer than 85 characters with spaces included. The title should be clear, precise and include variables under study, complete names of authors and institutional affiliation. As a footnote to this first page, interested parties should include the full name of author to whom correspondence should be directed, phone number, e-mail and full address.

Manuscripts must be sent in one single document (actapsicologicaunam@gmail.com), double spaced, Arial type 12, and should not exceed 25 pages including tables and figures. Text format should strictly adhere to APA Publication Manual stipulations and to the norms described below.

Second and third pages should include titles in both languages. When the paper is in Spanish, an abstract in this language of maximum 200 words and an abstract in English of minimum 300 and maximum 400 words should be presented. When the submission is in English, then the abstract should be no longer than 200 words and a Spanish abstract of minimum 300 and maximum 400 words should be presented. 5 key words in each language should also be provided. It is recommended that key words include study variables, population characteristics, methodology and field of knowledge referred to. Since the editorial revision is conducted by two judges blind to authors identity, it is the authors responsibility to insure that no identification clues are in the body of the paper.

The following pages must include the main body of the manuscript, theoretical framework, methodology, results, discussion and references. At the end of the same file, in separate pages, authors should insert tables, figures, attachments and author's notes.

Given the strict empirical orientation of the journal, it is essential that the introduction clearly justifies the weight of the study, which should be directly derived from relevant previous research, including contradictory results, omissions, or lack of knowledge which the study intends to rectify. The methods section must include clear research questions, hypothesis and include all conceptual and operational definitions of variables under scrutiny. In addition, an ample description of the sample, procedures, and research design and measurement instruments should be included.

In the results section, only present data that respond to hypothesis and make sure that statistical analysis are appropriate and justified. Give information on significance and effect sizes. Data for the study should be kept for 5 years after the publication, to insure that other researchers can revise them if needed, unless ethical or legal rights preclude this action. For the discussion section, it is imperative that it strictly address only content that is derived from the introduction, the research question and the results. Finally, insure that all cited references from the body of the text are included in the reference list.

All manuscripts submitted to PRR will go through an initial screening before entering the formal editorial process. Once APA format and minimum research specifications have been met, research manuscripts will be sent to 2 to 3 members of the Editorial Board for who will assess the conceptual and methodological rigor of the proposal. The decision will be informed to the authors by the Editor, and in cases of acceptance, the authors should provide written consent of any materials under publishers rights used in the article.

Editorial Process

The reception, evaluation, verdict and publication for the journal are as following:

- Principal Author should read and accept the journals publication norms and will be assigned to follow up and communicate with the editor.
- Prepares and submits manuscripts and required authorizations in adherence to specified formats and norms.
- Editor confirms receiving the manuscript and revises text for adequate form; if the paper does not meet the standards the Editor sends the manuscript back to the Authors for corrections before it can enter the editorial revision.
- If Authors consider it adequate, they resubmit with proper format.
- Editor confirms receiving manuscript and sends it to 2 to 3 members of the Editorial Board who are blind to Author's identity. Editorial board members revise and give a reasoned judgment on article based on scientific rigor, importance of contribution, congruence of research method, adequacy of results and clarity and impact of arguments and discussion (estimated time, one month).
- Editor receives evaluation, considers strengths and weaknesses and gives one of the following verdicts:
 - 1) Approved for publication.
 - 2) Approved if suggested changes are made.
 - 3) Major changes require resubmission and a new evaluation.
 - 4) Theme, content or methodologies do not match the journals evaluations standards.
- For case 2, Authors makes changes and sends manuscript to the Editor (time limit one month). Editor reviews changes and suggests as many additional changes as necessary. Once all issues are resolved, the article is approved for publication.

- For case 3, Authors make required changes and resend manuscript to the Editor who assigns new judges from the Editorial Board.
- Once an article is fully approved, the Editor informs the Authors in what date and number the text will be published. When the journal appears, each author receives 2 copies of the journal where the articles came out.

Contenido:

BIENESTAR SUBJETIVO Y DEPRESIÓN EN MUJERES Y HOMBRES ADULTOS MAYORES VIVIENDO EN POBREZA

WELL-BEING AND DEPRESSION IN ELDERLY WOMEN AND MEN LIVING IN POVERTY

Margarita Maldonado Saucedo

VIOLENCIA DE PAREJA Y ALEXITIMIA EN MUJERES NEOLEONESAS

COUPLE VIOLENCE AND ALEXITHYmia IN WOMEN FROM NUEVO LEON

José Moral de la Rubia & Sandra Ramos Basurto

DIFERENCIAS EN EL RECONOCIMIENTO DE LAS EMOCIONES EN NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS

DIFFERENCES IN EMOTION RECOGNITION IN CHILDREN 6 TO 11 YEARS OLD

Fernando Gordillo, Lilia Mestas, Judith Salvador, Miguel Ángel Pérez, José M. Arana & Rafael Manuel López

STIGMA CUES INCREASE SELF-CONSCIOUS EMOTIONS AND DECREASE LIKELIHOOD OF ATTENTION TO INFORMATION ABOUT PREVENTING STIGMATIZED HEALTH ISSUES

SEÑALES SOBRE ESTIGMA AUMENTAN LAS EMOCIONES CONSCIENTES Y DISMINUYEN LA PROBABILIDAD DE ATENCIÓN A LA INFORMACIÓN SOBRE PREVENCIÓN DE CUESTIONES ESTIGMATIZADAS DE SALUD

Allison Earl, Christina A. Nisson, & Dolores Albarracín

RIESGO SUICIDA Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN PADRES DE HIJOS CON ENFERMEDAD NEUROMUSCULAR

SUICIDE RISK AND DEPRESSIVE SYMPTOMS AMONG PARENTS OF CHILDREN WITH NEUROMUSCULAR DISEASE

Miguel de Alba Agredano, Amelia Castellanos Valencia & Luis Miguel Sánchez Loyo

ASPECTOS PSICOSOCIALES RELACIONADOS CON EL TEPT EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA

PSYCHOSOCIAL ASPECTS RELATED TO PTSD IN PATIENTS WITH BREAST CANCER

Fresia Paloma Hernández Moreno & René Landero Hernández

EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE TRATAMIENTO PARA DEJAR DE BEBER

EVALUATION OF A PROGRAM TO STOP DRINKING

Marina Velázquez Altamirano, Alberto Javier Córdova Alcaraz, Lidia Maribel Sánchez García & Ma. del Carmen Fernández Cáceres

MODELOS EXPLICATIVOS DEL USO DEL CONDÓN EN LAS RELACIONES SEXUALES DE ADOLESCENTES

EXPLANATORY MODELS OF CONDOM USE IN COITAL SEX OF ADOLESCENTS

J. Isaac Uribe Alvarado, Javier Aguilar Villalobos, Ximena Zacarías Salinas & Amira Aguilar Casis

EVALUACIÓN DE LA NICOTINA COMO ESTÍMULO AVERSIVO

NICOTINE ASSESSMENT AS AN AVERSIVE STIMULUS

Hugo Sánchez Castillo, Gabriela L. Franco Olivares, Ana K. Ramírez Reyes, Diana B. Paz Trejo & Florencio Miranda Herrera

VELOCIDAD DE PROCESAMIENTO COMO INDICADOR DE VOCABULARIO EN EL SEGUNDO AÑO DE VIDA

PROCESSING SPEED AS A PREDICTOR OF VOCABULARY IN THE SECOND YEAR OF LIFE

Paloma Suárez Brito, Elda Alicia Alva Canto & Ervin Ferreira Velasco