



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA



3^{er} CONGRESO INTERNACIONAL DE PSICOLOGÍA

12 al 15 de FEBRERO 2019

*“La Psicología ante los desafíos de construir vertientes
para el mejoramiento de la sociedad”*



Memorias

COORDINADORA COMITÉ CIENTÍFICO

Dra. Bertha Ramos del Río
FES Zaragoza, UNAM

COMITÉ CIENTÍFICO

Dra. Blanca Inés Vargas Núñez, FES Zaragoza, UNAM
Mtra. Karina Serrano Alvarado, FES Zaragoza, UNAM
Mtro. Ángel Francisco García Pacheco, FES Zaragoza, UNAM

DICTAMINADORES

Alberto Miranda Gallardo. FES Zaragoza, UNAM
Alfonso Sergio Correa Reyes. FES Zaragoza, UNAM
Ana Karen Talavera Peña. FES Zaragoza, UNAM
Ana María Baltazar Ramos. FES Zaragoza, UNAM
Ángel Francisco García Pacheco. FES Zaragoza, UNAM
Blanca Barcelata Eguiarte. FES Zaragoza, UNAM
Carlos Figueroa López. FES Zaragoza, UNAM
Citlali Flores, FES Zaragoza, UNAM
Claudia López Becerra. Universidad Pedagógica Libertad
Elizabeth Álvarez Ramírez. Universidad Pedagógica Libertad
Enriqueta Cecilia Rueda Bolaños. FES Zaragoza, UNAM
Gerardo Reyes Hernández. FES Zaragoza, UNAM
Hilda Soledad Torres Castro. FES Zaragoza, UNAM
Hugo Leonardo Gómez. FES Zaragoza, UNAM
Blanca Inés Vargas Núñez. FES Zaragoza, UNAM
Jesús Barroso Ochoa. FES Zaragoza, UNAM
Karina Serrano Alvarado. FES Zaragoza, UNAM
Lidia Beltrán Ruiz. FES Zaragoza, UNAM
María Andrea Hernández Pérez. FES Zaragoza, UNAM
Ma. del Refugio Cuevas Martínez. FES Zaragoza, UNAM
Margarita Villaseñor Ponce. FES Zaragoza, UNAM
María del Pilar Méndez Sánchez. FES Zaragoza, UNAM
María del Pilar Roque Hernández. FES Zaragoza, UNAM
Montserrat Medrano Vázquez. FES Zaragoza, UNAM
Raúl Rocha Romero. FES Zaragoza, UNAM
Rozzana Sánchez Aragón. Facultad de Psicología, UNAM
Santiago Rincón. FES Zaragoza, UNAM
Sergio Antonio Bastar Guzmán. FES Zaragoza, UNAM
Sergio Carlos Mandujano Vázquez. FES Zaragoza, UNAM
Sergio Ochoa Álvarez. FES Zaragoza, UNAM
Sughey López Parra. FES Zaragoza, UNAM

PRESIDENTA

Dra. Blanca Inés Vargas Núñez

COMITÉ ORGANIZADOR DEL CONGRESO

Dra. Blanca Barcelata Eguiarte
Coordinadora Comisión de Difusión

Dra. Bertha Ramos del Río
Mtra. Gabriela Carolina Valencia Chávez
Dra. Blanca Inés Vargas Núñez
Mtro. Gerardo Reyes Hernández
Dr. Sergio Antonio Bastar Guzmán

Dra. Gabriela Carolina Valencia Chávez
Coordinadora de Comisión de Logística

Mtro. Gerardo Reyes Hernández
Coordinador Comisión de Finanzas

EDICIÓN.

Catalina Armendáriz Beltrán

Diseño de Portada
Raziel Leños Castillo

Formación editorial
Catalina Armendáriz Beltrán

Dra. Bertha Ramos del Río
Mtro. Ángel Francisco García Pacheco
Mtro. Karina Serrano Alvarado
Integración de Resúmenes

Contenido

MKSC1.- Hábitos de salud en amas de casa	7
MKSC2.- Competencias de Investigación en estudiantes de la carrera de psicología	12
MKSC3.- El impacto de los programas de televisión violentos.....	17
MKSC4.- Personalidad y Niveles de ansiedad- depresión en pacientes con trastornos en la articulación témporomandibular	21
MKSC5.- La intervención del psicólogo en la reproducción asistida	26
MKSC6.- Uso de las TAC en la enseñanza del análisis de datos como competencia profesional del Psicólogo	30
MKSC7.- Los efectos del estrés sobre satisfacción estudiantil	35
MKSC8.- El cambio de significados en terapia: análisis de caso desde una metodología discursiva.....	39
MKSC9.- Competencias Parentales de padres y/o tutores de niños/as con Desórdenes Conductuales	43
MKSC10.- Impulsividad en Adolescentes de 15 a 17 años de edad	47
MKSC11.- Juegos y emociones de preadolescentes de escuelas públicas y privadas	51
JKSC12.- Adultos mayores. Diferencias entre sexos en hábitos de salud	55
JKSC13.- Diseño de un entorno virtual para la gestión de proyectos de titulación en universitarios	59
JKSC14.- Infidelidad y valores en parejas mexicanas.....	64
JKSC15.- Normas y exigencias familiares con adolescentes que presentan problemas conductuales	69
JKSC16.- Empatía, funcionamiento familiar y asertividad en estudiantes de odontología.....	73

JKSC17.- Propiedades psicométricas de la "Escala de terapia cognitiva de Beck" en psicólogos clínicos en formación.....	77
JKSC18.- Propiedades Psicométricas del Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ) en Estudiantes Universitarios Mexicanos	82
JKSC19.- Grupos Focal: Una estrategia para explorar la adherencia terapéutica	87
JKSC20.- Análisis factorial confirmatorio del Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ) en estudiantes universitarios mexicanos	92
JKSC21.- Estrés postraumático y violencia percibida asociados a la guerra contra el narcotráfico en Durango	97
JKSC22.- El perfil psicológico del paciente con cardiopatía valvular candidato a cirugía de corte invasivo.....	101
JKSC23.- Reconocimiento de expresiones faciales emocionales en pacientes con HSA.	105
JKSC24.- El papel de las imágenes en los nuevos libros de texto de primaria en México	109
JKSC25- Bienestar Psicológico en Estudiantes de la FES Zaragoza	113
JKSC26.- Identificando el nivel de estrés en las trabajadoras sociales del "HOSPITAL REGIONAL DE PEMEX" en una ciudad del sureste de México	118
JKSC27.- Relación entre funciones ejecutivas y depresión en pacientes con hemorragia subaracnoidea traumática	122
VKSC28.- El Bienestar Psicológico Y El Bienestar Subjetivo En Estudiantes Universitarios.....	126
VKSC29.- Consejería Breve desde la mhGAP: seguimiento de casos en un ámbito clínico-comunitario	131
VKSC30.- Revisión Crítica en la Práctica Supervisada se Psicología.....	135
VKSC31.- Intervenciones Psicológicas Para Manejar La Sobrecarga En Cuidadores Primarios De Pacientes Con Enfermedad Renal Crónica	140

VKSC32.- El triage de atención psicosocial en Cuidados Paliativos: primer contacto	145
VKSC33.- Cognición social en pacientes con hemorragia subaracnoidea por traumatismo craneoencefálico.....	150
VKSC34.- La valoración global de la satisfacción con la vida de los mexicanos y sus diferencias en función del nivel de escolaridad.	154
VKSC35.- Construcción y validación de un instrumento que mide perspectivas de jóvenes en relaciones de pareja.....	159
VKSC36.- Comorbilidad Emocional con Relación al Dolor Postquirúrgico en Pacientes Sometidos a Cirugía Cardíaca: Resultados preliminares.....	163
VKSC37.- Construcción y validación de un instrumento para evaluar actitud hacia trastornos de conducta alimentaria (anorexia y bulimia nerviosa).....	167
VKSC38.- Relación entre la percepción de riesgo negativa de la enfermedad y los niveles altos de ansiedad preoperatoria.....	172
VKSC39.- Estudio descriptivo de variables psicológicas en mujeres con cardiopatía valvular candidatas a cirugía cardíaca	177
VKSC40.- Niveles de consumo de alcohol en universitarios y su relación con el estrés	182
VKSC41.- Violencia de pareja en la comunidad de la diversidad sexual: contextualizando su abordaje.....	187
VKSC42.- Construcciones sociales en torno a las atribuciones de culpa a mujeres víctimas de violencia sexual	190
VKSC43.- Taller Comunicación Emocional Asertiva	195

MKSC1.- Hábitos de salud en amas de casa

**Marisela Rocío Soria Trujano, Alexandra Adriana Mayen Aguilar,
Nancy Lara De Jesús**

Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM

INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente, el espacio doméstico se les ha asignado a las mujeres, para que realicen labores del hogar como principal ocupación. Durán (1988) señala que el trabajo doméstico se ha relacionado con la naturaleza femenina, siendo que la mujer que lo desempeña, es considerada ama de casa; es decir, una trabajadora del sector doméstico encargada de la producción doméstica del hogar. Benería (1987; citada en Obando, 2011) expresa que “por amas de casa, entendemos a las mujeres de 12 años en adelante, en relación de pareja, en calidad de esposas, que desempeñan en exclusividad el trabajo doméstico no remunerado, el de reproducción social” (pág. 20). Sin embargo, es sabido que el papel de ama de casa, no solamente lo desempeña una esposa o pareja, bien puede ser una hija o algún otro miembro femenino de la familia. Rodríguez, Peña y Torío (2010) establecen que el trabajo doméstico incluye tareas de casa como son la administración de recursos, limpieza de la casa, preparación de alimentos, transportación, representación al exterior del ámbito familiar, y en algunos casos, reparación y mantenimiento de la vivienda; cuidado de los hijos (as) y, a veces, de otras personas dependientes: alimentación, vestido, medicación, llevarlos al médico, etc.; y proveer apoyo emocional. Por su parte, Vega (2007) establece que las actividades de ama de casa no son remuneradas; son de jornada interminable; implican multiplicidad de tareas; son rígidas en el sentido de que están sujetas a las necesidades de los miembros de la familia; requieren de muy poca capacitación para su desempeño; permiten poca autonomía pues la libertad de acción y de pensamiento dependen de las necesidades de otros; representan indefensión ya que las mujeres que las realizan se enfrentan a riesgos físicos, enfermedades, vejez, conflictos familiares, y no existe un contrato que cubra la satisfacción de los servicios que atiendan necesidades de estos tipos; son invisibles pues su desempeño no es reconocido como trabajo; son obligatorias y muchas veces no son reconocidas socialmente; y son de tipo individual y aislado. El trabajo doméstico se ha considerado por muchas mujeres como rutinario y que no permite adquirir nuevas destrezas.

PROBLEMA

Actualmente, el papel tradicional de las mujeres ha cambiado, muchas de ellas desempeñan un rol productivo y uno tradicional como amas de casa; sin embargo, siguen siendo las principales encargadas del trabajo que implica un hogar y el cuidado y educación de los hijos, no habiendo un cambio en la distribución entre géneros, de las responsabilidades familiares. Algunas investigaciones

apuntan al hecho de que las amas de casa pueden presentar depresión, quejándose de las tareas monótonas que realizan diariamente y del poco reconocimiento social por ello (Lazarevich y Mora, 2008; Montesó, 2014; Olmedilla y Ortega, 2008). Blanco y Feldman (2000) refieren que las mujeres con depresión, son las que tienen mayor carga de tareas domésticas, relacionadas con la limpieza de la casa, mientras que las que presentan más ansiedad, son las que se encargan mayormente del cuidado de los hijos. Montesó (2015) argumenta que las mujeres que incluyen en sus obligaciones domésticas el cuidado de algún miembro de la familia enfermo o dependiente, son las que tienen peor percepción de su salud. Algunos estudios indican que la sobrecarga de trabajo puede repercutir en la salud de las mujeres, debido a que experimentan un nivel alto de estrés (Martínez, 2014). Considerando que muchas amas de casa se enfrentan cotidianamente a sobrecarga de trabajo y a situaciones de riesgo que pueden poner en peligro su bienestar físico y el psicológico, es importante que cuenten con hábitos que las hagan menos vulnerables: descanso suficiente, buena alimentación, revisiones médicas, asistir al médico cuando se sienten mal, actividades de distracción, no consumo de drogas, etc. Así, los objetivos del presente estudio fueron evaluar los hábitos de salud de mujeres amas de casa; y analizar las posibles diferencias con base en su lugar de residencia: Estado de Puebla o Ciudad de México/área metropolitana.

MÉTODO

Participantes: Se evaluaron dos muestras de amas de casa: 1) 100 residentes de la Ciudad de México o del área metropolitana; y 2) 100 residentes de alguna de las siguientes regiones del Estado de Puebla: La Venta y El Rincón. Todas ellas eran de nivel socioeconómico bajo y con un nivel educativo no mayor al secundario. La edad promedio de la muestra total fue de 38.4 años. Se les contactó por vía vecinal, de amistades o familiares, siendo la muestra no probabilística, de tipo intencional. Recibieron información completa con respecto a los objetivos de la investigación, del instrumento a emplearse, de la forma en la que sería su participación, y del uso de la información, respetando su anonimato, de manera que pudiese contarse con su consentimiento informado. **Instrumento:** Se empleó el Perfil de Estrés de Kenneth Nowack (2002), el cual incluye las áreas de estrés, apoyo social, y hábitos de salud, siendo esta última la que se empleó en el presente estudio, la cual evalúa ejercicio, descanso/sueño, alimentación/nutrición, y prevención. Este instrumento se piloteó y se modificó la redacción de algunos reactivos, con el fin de que la población a la que se dirigiría, no tuviese problemas para entender su significado. El Alpha de Cronbach fue de .771 **Procedimiento:** Se aplicó el instrumento de manera individual, en el hogar de las participantes. Se les pidió que leyeran las instrucciones y expresaran si existía alguna duda para aclararla, de no ser así, se procedía a contestar los reactivos. **Análisis de datos:** Se obtuvieron datos porcentuales y se empleó la prueba t de Student para comparar los resultados con base en el lugar de residencia de las participantes.

RESULTADOS

En cuanto a los hábitos de salud en general, los datos porcentuales exponen que en la muestra total, predominó el nivel medio con más del 90% de las participantes. En cuanto a datos para cada uno de los subapartados, y por lugar de residencia, se observó que, en Ejercicio, predominó el nivel medio de hábitos de salud en ambas muestras (56% de las participantes en CDMX y 42% Puebla). En Descanso, resaltó el nivel medio (80% CDMX y 79% Puebla); en Alimentación, destacó el nivel medio para ambas muestras (68% CDMX y 85% Puebla). En prevención, predominó el nivel medio tanto para la muestra de la CDMX (95%) como para la de Puebla (94%). Las comparaciones entre lugares de residencia, no arrojaron diferencia estadística significativa, pero sí se encontraron algunas al hacer el análisis por ítems. Ejercicio: “Realizar algún tipo de juego”: $t_{198} = 1.469$ p

DISCUSIÓN

Los datos obtenidos con respecto a hábitos de salud, ponen en evidencia que gran parte de la muestra total de participantes del presente estudio, no tiene un nivel alto en cuanto a hacer ejercicio, descansar el tiempo suficiente, alimentarse bien, y realizar actividades de prevención (revisiones médicas y odontológicas, no automedicarse, evitar el contacto con personas enfermas, entre otras). Todo ello puede afectar su salud. A pesar de que las amas de casa no invierten tiempo en un desempeño laboral, no cuentan con el suficiente para ejercitarse, y en muchas ocasiones compran e ingieren junto con su familia, alimentos ya preparados que no aportan una nutrición adecuada. Para muchas mujeres es muy importante atender a sus hijos y aunque presenten malestares físicos y/o psicológicos, no acuden a algún profesional porque piensan que es un malestar pasajero o temen que tengan que estar en reposo y por ello tendrán que descuidar a su familia. Muchas veces perciben que tienen un buen estado de salud y que sus síntomas desaparecerán pronto, dejando así pasar el tiempo sin atenderse, por lo que después pueden presentar enfermedades graves. Martínez (2014) opina que, en algunas ocasiones, las mujeres, aunque se sientan mal y/o muy estresadas, reportan bienestar y ello las hace vulnerables porque no sienten la necesidad de recibir atención; prefieren cumplir con sus obligaciones domésticas, y la sobrecarga de trabajo puede repercutir en su salud, debido a que experimentan un nivel alto de estrés. Ortiz y Ortega (2010) realizaron un estudio cuyos datos indican que muchas amas de casa dedican 10 horas al día en promedio a realizar las labores domésticas, y muchas de ellas manifestaron agotamientos físico y emocional, sintomatología psíquica, y un nivel grave de percepción de su salud. Es importante que en la familia se distribuyan las tareas domésticas, así como el cuidado de los hijos, de una manera equitativa. Además, el apoyo social de los miembros de la familia de origen, así como de la extensa, es relevante para el desempeño de roles de ama de casa.

REFERENCIAS

- Blanco, G. y Feldman, L. (2000). Responsabilidades de las mujeres en el hogar y salud de la mujer trabajadora. *Salud Pública de México*, 42 (3), 217-225. Recuperado de: http://bvs.insp.mx/rsp/files/File/2000/42_3/423_responsabilidad%20en%20el%20hogar.pdf
- Lazarevich, I. y Mora, F. (2008). Depresión y género: Factores psicosociales de riesgo. Segunda época, 1 (4). Recuperado de: http://148.206.107.15/biblioteca_digital/articulos/4-383-5776jlb.pdf
- Martínez, M. L. (2014). Creencias irracionales sobre el trabajo doméstico, horas dedicadas al hogar y estado general percibido en docentes universitarias. *Conexión. Revista Académica Aliat Universidades* 2 (3). Recuperado de: <http://www.aliatuniversidades.com.mx/conexxion/ind.php/en/sample-levels/psicologia/780-creencias-irracional-es-sobre-el-trabajo-domestico-horas-dedicadas-al-hogar-y-estado-general-percibido-en-docentes-universitarias-ano-2-numero-3>
- Montesó, P. (2014). La construcción de los roles de género y su relación con el estrés crónico y la depresión en las mujeres. *Comunitaria. Revista Internacional de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, 8. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.5944/comunitaria.8.6>
- Montesó, M. P. (2015). *La depresión en las mujeres: Una aproximación multidisciplinaria desde la perspectiva de género*. Catalunya: Publicacions Universitat Rovira i Virgili. Disponible en red: <https://books.google.com.mx/books?id=8JE5CQAAQBAJ&pg=PA219&lpg=PA219>
- Obando, M. I. (2011). *Determinantes de la salud/enfermedad de las mujeres que realizan trabajo doméstico no remunerado, en el Ecuador, 2004. Alcances y perspectivas*. Tesis de Maestría en Ciencias Sociales. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales FLACSO-ECUADOR. Recuperado de: <http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/5437/2/TFLACSO-2011MIOR.pdf>
- Olmedilla, A. y Ortega, E. (2008). Incidencia de la práctica de actividad física sobre la ansiedad y depresión en mujeres: perfiles de riesgo. *Universitas Psychologica*, 8 (1), 105-116. Recuperado de: www.redalyc.org/pdf/647/64712168009.pdf
- Ortiz, G. y Ortega, E. (2010). Burnout, sobrecarga percibida y sintomatología asociada al estrés en amas de casa mexicanas. Trabajo presentado en el III Congreso Internacional. VII Congreso Nacional. IV Jornadas de Psicoanálisis y Psicología Hospitalaria. XXXII Asamblea Nacional FENAPSIME A. C. Evento realizado en la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Querétaro, en Querétaro, México. *Memorias*, 523-539. Recuperado de: http://www.academia.edu/8453831/BURNOUT_SOBRECARGA_EN_AMAS_DE_CASA_MEXICANAS

- Rodríguez, M. C., Peña, J. y Torío, S. (2010). Corresponsabilidad familiar: negociación e intercambio en la división del trabajo doméstico. *Papers*, 95 (1), 95-117. Disponible en red: dialnet.unirioja.es/servlet/extaut?codigo=86058
- Vega, A. (2007). Por la visibilidad de las amas de casa: rompiendo la invisibilidad del trabajo doméstico. *Política y Cultura*, 28, 173-193. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26702808>

MKSC2.- Competencias de Investigación en estudiantes de la carrera de psicología

José Esteban Vaquero Cázares, María Cristina Bravo González, Alfonso Valadez Ramírez, Rocío Tron Álvarez
Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM

INTRODUCCIÓN

Una de las misiones más importantes de las universidades, es la formación de individuos que posibiliten desarrollar la actividad profesional con criterio independiente y con gran capacidad en la toma de decisiones. En el año 2015 se aprobó el nuevo plan de estudios de la carrera de psicología en la FES- Iztacala, en un intento de mejorar la calidad de la licenciatura, considerando los contenidos y los métodos de enseñanza, enfatizando en el establecimiento y desarrollo de competencias. El nuevo plan plantea como objetivo general: formar psicólogos generales con bases científicas, altamente competitivos en el campo laboral, capaces de mostrar pericia para llevar a cabo evaluaciones, diagnósticos e intervenciones con base en la aplicación de conocimientos, habilidades, valores y actitudes adquiridos, en distintas áreas, variedad de problemas y poblaciones, así como en situaciones nuevas e inesperadas (Plan y programas de estudio de la licenciatura en psicología, 2015). El objetivo parece cumplir con la responsabilidad que la universidad tiene con los estudiantes para que al finalizar los estudios puedan acceder a un trabajo de acuerdo a sus expectativas y su preparación profesional. El plan considera la formación integral, en la educación superior, el desarrollo en la formación académica básica de las técnicas científicas (conocimientos) y la formación complementaria, la cual no se encuentra considerada en forma sistemática en los diversos planes de estudios de las carreras universitarias y actualmente al parecer son los más valorados por las organizaciones y que predicen mejor el éxito profesional. Van-Der Hofstad y Gómez (2006) denominan a esta formación de aspectos tangenciales como competencias y habilidades profesionales. Actualmente existe una gran diversidad de definiciones y clasificaciones de las competencias en la educación superior (Yániz, 2015) considera a las competencias genéricas, como las adecuadas para la mayoría de las carreras, incluyen un conjunto de habilidades cognitivas y metacognitivas, conocimientos instrumentales y actitudes.

Sanz de Acedo (2010) define las competencias como conjuntos de habilidades, conocimientos, actitudes y valores; y las agrupan en dos categorías: la primera centrada en los individuos: competencias básicas, personales y profesionales y la segunda en las áreas temáticas: competencias genéricas y específicas. Las competencias básicas son esenciales para el aprendizaje, el rendimiento laboral y el desarrollo de los individuos. Las competencias personales son las que permiten realizar con éxito múltiples funciones, como conocerse a uno mismo, adaptarse a diferentes ambientes, interactuar con los demás, superar dificultades y actuar en forma responsable. Y las competencias profesionales son

las que garantizan la realización adecuada de las tareas que demanda el ejercicio de una profesión.

La Unión Europea propone unas competencias que son consecuencia de los aprendizajes de los estudiantes universitarios. Las divide en dos grupos: competencias genéricas o transversales y competencias específicas (Blanco, 2009). Sanz de Acedo (2010) analiza la naturaleza de las principales competencias genéricas y propone organizarlas en cuatro grupos: cognitivas, socio/afectivas, tecnológicas y metacognitivas. Los cambios curriculares permiten formar recursos humanos competentes para la sociedad del conocimiento (Viques-Moreno, Valenzuela Gonzalez Compean - Aguilar, 2015)

PROBLEMA

El nuevo plan de estudios de la carrera de psicología de Iztacala establece como requisito un perfil de ingreso que considera los siguientes aspectos: Conocimientos del área de las ciencias sociales, de lógica matemática, de informática básica y de comprensión básica del idioma inglés. Habilidades para analizar de forma crítica y reflexiva los procesos que posibiliten la comprensión del comportamiento humano; los textos en español y el empleo de estrategias de aprendizaje individual y colaborativo. Actitudes para establecer relaciones interpersonales y trabajar en forma cooperativa y colaborativa, además de mostrar interés en los aspectos filosóficos, epistemológicos, biológicos, sociales, culturales y metodológicos de la psicología. Además del bienestar y la calidad de vida de las personas. Por tanto, resulta importante explorar y valorar este conjunto de habilidades y competencias en los estudiantes de primer semestre con el nuevo plan de estudios de la carrera de psicología. En la formación por competencias en la educación superior el proceso de realizar investigaciones en psicología facilita el desarrollo de los estudiantes universitarios en las competencias de toma de decisiones y por tanto laborales. Las organizaciones laborales están requiriendo, además de la tradicional formación académica a otro tipo de competencias mejor valoradas y que resultan mejores predictores del ejercicio profesional de calidad. La competencia laboral se define como una capacidad efectiva para realizar exitosamente una actividad real. Existen gran diversidad de clasificaciones de competencias, la mayoría se desarrollan en la actividad científica. En cuanto al diseño de instrumentos para evaluar las competencias genéricas son escasos todavía. Sin embargo, existen intentos para diseñar instrumentos para evaluar las competencias transversales en universitarios (Aguado, González, Antúnez De dios, 2017). El propósito del estudio es examinar las competencias de investigación en los alumnos de primer semestre de psicología.

MÉTODO

La muestra estuvo compuesta por 107 estudiantes, 64 mujeres y 43 hombres de primer semestre de la carrera de psicología del turno matutino de la

FES IZTACALA. La selección de la participación se realizó por el método no probabilístico de cuotas.

Se utilizó la escala de Evaluación de habilidades de investigación diseñada por Rivera, Torres, García, Salgado, Arango y Caña (2015), es de tipo Likert, y está constituida por 59 reactivos, con una escala de evaluación de las respuestas, de 0 a 10 puntos, para cada reactivo. Los reactivos se agrupan en 13 categorías, con diversa cantidad de reactivos correspondientes: valores y actitudes (7), habilidades cognitivas (7), dominio básico de herramientas computacionales (3), dominio especializado de herramientas computacionales (3), comunicación oral y escrita básica (3), comunicación oral y escrita especializada (4), dominio técnico básico (5), dominio técnico especializado (marco teórico) (4), dominio técnico especializado (metodología) (10), dominio técnico especializado (resultados) (3), dominio técnico especializado (discusión) (2), dominio técnico especializado (referencias) (1) y dominio técnico especializado (experiencia en investigación) (7). El puntaje total de cada sub escala, es relativo a la cantidad de reactivos. La aplicación de la escala se realizó de forma colectiva en los salones de clase de la FES - IZTACALA.

RESULTADOS

Instrumento - Propiedades psicométricas de la escala para evaluar competencias y habilidades de investigación. La confiabilidad de la escala fue establecida por el alfa de Cronbach con un valor de .93, lo cual se considera muy satisfactoria. Se realizaron transformaciones, a una escala de cero a 10 puntos, de los puntajes de cada subescala y el puntaje total para una mejor descripción, El promedio del puntaje total es de 7.36 puntos y una desviación estándar de .97.

A continuación, se presentan los valores de los promedios y las desviaciones estándar, de las subescalas. La competencia de investigación mejor valorada fue la de valores y actitudes con un promedio de 8.34 puntos y una desviación estándar de .99 puntos, y la peor valorada fue la correspondiente a la competencia de comunicación oral y escrita especializada con un promedio de 5.93 puntos y una desviación estándar de 2.33 puntos. La calificación en esta subescala resultó no aprobada. El resto de la subescalas, no obstante que los valores promedio son aprobatorios son bajos, es decir, varían entre los seis y los siete puntos. Los datos muestran niveles de ejecución deficientes en las diversas competencias de investigación, en mayor grado en las habilidades especializadas y en menor grado en las básicas. A continuación, se presentan en orden decreciente, según su valoración promedio. Competencia de comunicación oral y escrita básica ($X=7.93$, $S=1.22$), competencia del dominio básico de herramientas computacionales ($X=7.92$, $S=1.26$), competencia del dominio técnico especializado (resultados) ($X=7.91$, $S=1.15$), competencia de habilidades cognitivas ($X=7.85$, $S=.97$), competencia del dominio técnico especializado (discusión) ($X=7.77$, $S=1.37$), competencia de dominio técnico especializado (metodología) ($X=7.40$, $S=1.23$), competencia de dominio técnico especializado (marco teórico) ($X=7.26$, $S=1.13$),

competencia de dominio especializado de herramientas computacionales ($X=6.76$, $S=3.54$), competencia de dominio técnico especializado (referencias) ($X=6.63$, $S=2.38$), y por última la competencia de dominio técnico especializado (experiencia de investigación) ($X=6.35$, $S=1.94$).

DISCUSIÓN

Los datos sugieren una calidad deficiente en las habilidades y competencias para la investigación en los estudiantes de primer semestre de la carrera de psicología, con un promedio general de 7.36 puntos, esta información es un pequeño diagnóstico exploratorio de los repertorios conductuales considerados en la actividad científica. Las evidencias de la información permiten tener una idea de las características y competencias que requiere el perfil del estudiante de la carrera de psicología del nuevo plan de estudios de la carrera de psicología recién instaurado, en la actualidad (noviembre, 2018) la primera generación, se encuentra cursando el quinto semestre. Además, la información permite tener un punto de referencia para establecer y desarrollar estrategias que posibiliten a los estudiantes generar competencias genéricas las cuales son muy importantes para el éxito profesional, y no se encuentran consideradas en los planes de estudio institucionales de educación superior. Los cuales están dirigidos en forma sistemática a los contenidos. Y relegando las competencias genéricas en la planeación sistemática formal. Es decir, se espera que por maduración u otro tipo de procesos se desarrollen las competencias genéricas. Es necesario que en los planes de estudio de educación superior se consideren estrategias sistemáticas en las asignaturas para establecer y desarrollar las competencias genéricas que posibilitan el éxito profesional y se realciona en gran medida con la calidad de vida y el bienestar en los individuos.

Las propiedades psicométricas de la escala empleada para evaluar las competencias y habilidades de investigación no se han completado por la cantidad de participantes, solo se examinó la propiedad de la confiabilidad por el alfa de Cronbach, la cual resultó muy satisfactoria, sin embargo, es necesario considerar la validez del instrumento a través de los diversos procedimientos t por tanto obtener evidencias. En la literatura no se han encontrado estudios sobre las propiedades psicométricas del instrumento.

REFERENCIAS

- Aguado, D., González, A., Antúnez, M. Y De Dios, T. (2017). Evaluación de competencias transversales en universitarios. Propiedades psicométricas iniciales del cuestionario de competencias transversales. Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación, vol.15, 2, pp. 129-152.
- Sanz de Acedo, Lizarraga, M. L. (2010). Competencias cognitivas en Educación

- Superior. Madrid: Narcea.
- Blanco, A. (2009). Desarrollo y evaluación de competencias en educación superior. Madrid: Narcea.
- Rivera, Heredia, M. E., Arango, Pinto, L. G., Torres, Villaseñor, C. K., Salgado, Brito, R., García, Gil de Muñoz, F. L. y Caña, Díaz, L. E. (2014). Competencias para la investigación: Desarrollo de habilidades y conceptos. México: Trillas
- Van-der Hofstadt, R. C. Y Gómez, G. J.M. ((2006). Competencias y habilidades profesionales para universitarios. Madrid: Diaz de Santos.
- Villardón-GALlego, L. (2015). Competencias genéricas en educación superior. Madrid: Narcea.
- Viquez-Moreno, D. M., Valenzuela-González, J. Y Compeán-Aguilar, M. D. (2015). Identificación de competencias transversales para reformas curriculares: El caso de la multiculturalidad. Revista Electrónica Educare. Vol. 19, 2, mayo-agosto, pp. 333-358.
- Yániz, C. (2015). Las competencias genéricas como finalidad educativa. En L. Villardón-Gallego (Coor.). Competencias genéricas en educación superior (13-23). Madrid: Narcea.

MKSC3.- El impacto de los programas de televisión violentos

**Ivette Rocha Torres Rubí, Daysi Anahí Castro Vite, Dania Merari Pérez
González y Rojas Ramírez Ana Teresa**

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM

La violencia, es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2010) como “el uso de la fuerza o el poder físico de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o una comunidad, que cause o tenga posibilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”, así mismo, como fenómeno social, es una manifestación que repercute a todas las personas; en la salud de la víctima, en la familia (tanto de víctima como agresor), a su vez en la comunidad y por ende en el país y su desarrollo (Medina-Mora, 2011). Esto es relevante debido a que la exposición constante tanto a las historias y escenas de violencia y terror, pueden generar tendencias agresivas, desensibilizar, aislar, intimidar y provocar acciones violentas (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [UNESCO], 1990) presentándose una relación entre la violencia reportada o desplegada en los medios y la violencia individual o de grupo (Levine, 2011).

Específicamente, los medios de comunicación masiva se envían por un emisor y se reciben de manera idéntica por varios grupos de receptores, sus principales objetivos son reducir el tiempo invertido en la comunicación, informar, formar y entretener, los mensajes tienen un público deseado, sin embargo, una audiencia variada puede recibir el mensaje, existiendo así diferentes tipos de medios (Domínguez, 2012). Desde la teoría del framing se abordan los efectos de los medios sobre los individuos y los públicos. Surgiendo el término frame el cual cumple una doble función: incluir ciertos elementos en su interior y excluir a los que están fuera (Bateson, como se citó en Ardèvol, 2015).

Se diferencia el frame de los medios y de los individuos, los primeros se establecen mediante el uso de los recursos propios de cada uno para organizar la historia narrada, de forma que se promueve, una definición del problema, una interpretación de las causas, una evaluación moral o una recomendación de tratamiento (Entman, 1993 como se citó en Ardèvol, 2015). Los frames de los individuos son marcos de interpretación de la realidad y esquemas en los que se integra la información nueva. Se trata de procesos psicológicos influidos por factores sociológicos como la cultura.

También se considera la teoría del cultivo que indica una afección del televidente por exposición acumulativa a sus temas repetitivos, manteniendo y modelando las construcciones de la realidad de éste (Sílberman y Ramos, 1998).

PROBLEMA

Específicamente, en México este fenómeno cobra relevancia en la población infantil debido a que en el 2015 habitaban 39.2 millones de niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años (Instituto Nacional de Geografía y Estadística [INEGI], 2016), quienes son susceptibles a eventos de violencia ya que la Secretaría de Educación Pública (SEP) y el United Nations Children's Fund (UNICEF) (2012 como se citó en Medina-Mora, 2011) publicaron el Informe Nacional sobre Violencia de Género en la Educación Básica en México, donde se encontró que el 72.5% de niños y 66.1% de niñas indicó haber sido víctima de una agresión física en los últimos dos años. Asimismo, con la nueva reorganización de los criterios de programación de la Secretaría de Gobernación (SEGOB), el conjunto de los horarios de la programación dirigida a la población infantil, adolescente y adulta se adelantaron 7 horas. Con esto, más de 33 millones de niños (el 28% de la población del país) pueden ver desde las 16:00 hrs. en adelante programas no adecuados para su edad y madurez psico-emocional destinados para adolescentes mayores de 15 años y adultos maduros (Madrid, 2017). Por ello, este estudio tuvo como objetivo examinar el impacto de los programas de televisión violentos en niñas(os) mexicanas(os).

MÉTODO

Para esto, el estudio se dividió en 2 fases, la primera fase (cualitativa) se realizó con 4 personas, de estas, 2 fueron madres o tutoras(es) y uno de sus correspondientes hijos, se les aplicó un cuestionario de datos sociodemográficos (CDS) [al tutor(a) y la niña(o)] y se presentaron 2 videos a los niños para posteriormente hacer una entrevista grupal con el objetivo de conocer la conceptualización, las creencias, las actitudes del niño(a) y los temas repetitivos de los programas de televisión con contenido violento.

En la segunda fase (cuantitativa) el objetivo fue describir con qué frecuencia los(as) niños(as) están expuestos a la violencia (verbal, física y amenazas) en diversos contextos (familiar, escolar, vecindario y por la tv), aquí se utilizó un CDS y el Cuestionario de Exposición a la Violencia (CEV) (Orúe y Calvate, 2010) el cual está compuesto por 21 ítems, donde se debe registrar la frecuencia con la que los niños han sido testigos y/o víctimas de violencia. Dicho cuestionario se desprende en 2 grupos de factores, del primer grupo se desprenden 7 factores (observación de la violencia en el colegio, vecindario, casa y T. V.; victimización en el colegio, vecindario y casa) que son producto o son explicados por los de segundo orden o contextuales donde se intersectan la observación y victimización (exposición en el colegio, vecindario y casa). Estos fueron aplicados a un grupo de 121 niños, hombres (n=70) y mujeres (n=51), con un rango de edad entre los 6 y 12 años (M=9.61, DE=1.274) del Estado de México.

RESULTADOS

Para analizar los resultados de la primera fase, se transcribieron las

entrevistas realizadas acerca de los dos videos presentados, posteriormente estos se analizaron para identificar los códigos pertenecientes a las categorías de: conceptualización, creencias, actitudes y temas repetitivos. Después de que se obtuvieron los códigos, nuevamente se realizó un análisis de las transcripciones para identificar las respuestas en que se conjuntaban 2 o más códigos, para que con esto se realizará la relación de los códigos en una red semántica en donde se encontró que los códigos que más se relacionaron entre sí, fueron los relacionados con la categoría de conceptualización, los de afrontamiento de los problemas, de interpretación interactiva, de acciones verbales y de acciones observables.

Respecto a la segunda fase los resultados fueron analizados con el software SPSS (versión 24) en donde se realizaron análisis descriptivos y un análisis de chi cuadrada para identificar si los participantes fueron testigos o víctimas de violencia en algunos contextos que evalúa el instrumento y para saber si esto se asociaba con algunas variables como el sexo, edad, grado, personas con las que vive y las horas que dedican a ver la televisión. Al realizar el análisis, se encontró que, respecto a las variables de sexo, personas con las que vive y la edad no fueron significativas, ya que no se presentó contingencia entre estas variables y el que los participantes fueran testigos o víctimas de violencia en alguno de los contextos que evalúa el instrumento. Sin embargo, otras variables fueron estadísticamente significativas, mostrando una relación entre las horas dedicadas a ver la televisión al día y la observación de violencia en el vecindario $X^2=98.28$, $p=0.000$. También, hubo contingencia entre las horas dedicadas a ver la televisión al día y la victimización de violencia en la casa, $X^2=60.748$, $p=.048$. A su vez, se encontró contingencia entre el grado escolar y la observación de violencia en el colegio, $X^2 =60.177$, $p=.007$. Finalmente, se encontró relación entre el grado escolar y la victimización de violencia en la casa, con un valor de $X^2=49.999$, $p=.029$.

DISCUSIÓN

De esta forma es importante resaltar que los participantes veían programas que no estaban destinados para su edad, como lo eran los programas de “La rosa de Guadalupe” y “Enamorándonos”, mientras que en la entrevista grupal se encontró que los participantes generalmente retomaban las acciones (verbales y observables) de los participantes, las cuales se relacionaban con las creencias tanto personales como aquellas que inferían de los personajes, de igual forma estas acciones se relacionaban con la actitud que tomaban los participantes, presentando generalmente una identificación exclusiva con los personajes del video, mencionando que no querían ser algunos de esos personajes por las acciones que ellos hacían o recibían; también se relacionaba la actitud que los participantes tomaban con un tipo de posicionamiento, que generalmente era activo al mencionar que al estar en el lugar de algunos de los personajes del video harían alguna acción que ayudaría a solucionar el problema. Así mismo, los niños perciben la violencia directa e indirecta tanto como testigos y como víctima en sus diferentes contextos.

Por ello, el hecho de que los participantes vieran programas que no estaban

destinados para su edad, influye en que la interacción constante con algún encuadre genere pautas que estructuran la manera de comprender el mundo; ya que a mayor tiempo que se exponga a la violencia, en cualquier institución (escuela, familia, comunidad y televisión), más probable es que el niño sea desensibilizado a la violencia; esto influye en su identificación ya sea de manera directa (victimización) o indirecta (observación) tanto por los diferentes frames o marcos perceptivos que han sido presentados en la televisión, de forma que el niño (a) los logre identificar de igual forma en otros contextos como lo son el vecindario, colegio y casa (Ardèvol, 2015; Silberman y Ramos, 1998 y UNESCO, 1990). En conclusión, un estudio más fiable del fenómeno de la violencia, necesita considerar el contexto comunitario, escolar y familiar generado en el entorno de los infantes, para así poder brindar una prevención y apoyo más integral.

REFERENCIAS

- Ardèvol-Abreu, A. (2015). Framing o teoría del encuadre en comunicación. Orígenes, desarrollo y panorama actual en España. *Revista Latina de Comunicación Social*. 70, pp.423-450.
- Domínguez, E. (2012). Medios de comunicación masiva. Tlalnepantla, Estado de México: Red Tercer Milenio.
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística [INEGI]. (2016). "Estadísticas a propósito del... día del niño (30 de abril)". Datos nacionales. Recuperado de: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/ni%C3%B1o2016_0.pdf
- Levine, M. (2011). La violencia en los medios de comunicación. Cómo afecta al desarrollo de los niños y adolescentes. Bogotá, Colombia: Norma.
- Madrid, J. (2017). La política del Estado mexicano para regular los contenidos de la televisión abierta. *Revista Eptic*, 19(2), 34-50.
- Medina-Mora, M. (2011). La agresión y la violencia. México: El Colegio Nacional.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2010). Traumatismos y violencia, datos. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Orue, I. y Calvete, E. (2010). Elaboración y validación de un cuestionario para medir la exposición a la violencia en infancia y adolescencia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 10 (2), 279-292.
- Silberman, S. y Ramos, L. (1998). Medios de Comunicación y Violencia. México: Instituto Mexicano de Psiquiatría y Fondo de Cultura Económica.
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [UNESCO]. (1990). La violencia y el terror en los medios de comunicación de masas. En: *Estudios y documentos de comunicación social*, (102).

MKSC4.- Personalidad y Niveles de ansiedad- depresión en pacientes con trastornos en la articulación témporomandibular

Yanisleidy Hernández Romero

Universidad de Ciencias Médicas, La Habana Cuba

La articulación témporomandibular (ATM), su funcionamiento y alteraciones son un tema muy controvertido dentro del campo de la medicina y en específico dentro la especialidad de Máxilo Facial. Aunque visto desde el punto de vista psicológico son muy escasas las referencias en este sentido, sobre todo las enfocadas a analizar los niveles de ansiedad y depresión en estos pacientes, tema sobre el cual, hasta ahora, se ha investigado muy poco. El interés por este estudio ha surgido del trabajo realizado por un equipo multidisciplinario formado principalmente por especialistas en Máxilo Facial y Psicología, en aras de contribuir a que se preste una mayor atención a la disfunción de la articulación témporomandibular y su tratamiento integrador.

Dentro de las disfunciones de la articulación témporomandibular está incluido el síndrome dolor-disfunción, el cual ha sido objeto de estudio especialistas en Máxilo Facial, ortodoncistas, neurólogos y otorrinos. De esta forma, distintos autores le han dado diferentes denominaciones al mismo, tales como: disfunción miofacial dolorosa, dolor facial atípico, síndrome miofacial doloroso, entre otros. Como se puede apreciar existe una diversidad de criterios cuando se trata de diagnosticar y tratar el síndrome dolor-disfunción y por tanto, representa una problemática que afecta principalmente al paciente que padece la enfermedad.

Los hábitos inadecuados del paciente también pueden ser factores que originen o perpetúen una alteración de la articulación témporomandibular, generalmente por abuso muscular o por sobrecarga de estructuras articulares. Existe una infinidad de estos hábitos: el apretamiento dentario y el bruxismo o rechinar dentario, ya sea diurno o nocturno, sostener o mordisquear instrumentos con la boca y las posturas asimétricas son algunos de los más frecuentes.

La tensión emocional es otro factor fundamental en la etiología de las alteraciones témporomandibulares. Los pacientes que presentan dolores en la articulación témporomandibular suelen presentar altos niveles de tensión, tendencia a la dependencia de fármacos u otros tratamientos, pérdida de autoestima, apatía y conducta esquiva y hostilidad.

Especialmente en pacientes que sufren dolor crónico es frecuente que existan altos niveles de depresión y trastornos por ansiedad; donde estos trastornos psicológicos requieren de tratamiento psiquiátrico y/o psicológico, razón por la que tienden a agudizarse en caso que existan rasgos personales predisponentes a padecer estados de ansiedad y/o depresión.

PROBLEMA

Dado el incremento de pacientes con trastorno en la ATM se realizó dicho estudio desde el punto de vista psicológico, en estos casos orientados básicamente con terapias de relajación o la práctica de ejercicios relajantes, los cuales reducen la ansiedad y la tensión emocional, sumada a la indicación de Terapia Floral, permitiendo en estos pacientes reducir considerablemente el dolor. Estas terapias deben comenzar a utilizarse luego de haberle realizado una evaluación psicológica al paciente para medir en qué grado están elevados estos estados emocionales de depresión y ansiedad y a continuación, identificar las situaciones que incrementan dicha tensión para evitarlas, siempre que sea posible realizar actividades que la reduzcan, como el deporte o actividades de recreo.

La relajación, que puede hacerse empleando diversas técnicas, es principalmente efectiva en la reducción del dolor en pacientes con cefaleas crónicas. 6,7. Algunos de los factores que provocan los trastornos temporomandibulares son el rechinido de los dientes, el apretamiento de los dientes, los traumatismos en cabeza, cara y cuello, la artritis entre otros.⁸ Los desórdenes temporomandibulares están considerados como la mayor causa de dolor en la región orofacial de causa no dental. Los síntomas más frecuentes son el dolor en la musculatura masticatoria, dolor en el área preauricular y/o en la ATM.

Una alta proporción de los pacientes que padecen trastornos temporomandibulares tienen trastornos psíquicos, habiéndose identificado diversos tipos, pero los más frecuentes son el estrés, la ansiedad y la depresión. Por lo que nuestro objetivo estuvo encaminado describir socio demográficamente al grupo en estudio e identificar los rasgos de personalidad que presentan estos sujetos, así como valorar la presencia de estados emocionales como la depresión/ansiedad en los pacientes con afectación en la articulación temporomandibular.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, en el periodo de enero y diciembre de 2016. El universo de estudio estuvo constituido por 52 pacientes con diagnóstico de afectación de la articulación temporomandibular atendidos en el servicio de Máxilo Facial del Hospital Universitario "Miguel Enríquez". La muestra fue probabilística quedando conformada por 38 pacientes de ambos sexos que dieron su consentimiento para participar en la investigación. Se excluyeron aquellos pacientes con antecedentes patológicos personales (APP) de afecciones psiquiátricas y los que presentaban trastornos en la articulación temporomandibular por traumas (quirúrgicos o no).

Se utilizó el inventario de personalidad 16 PF, llamado así por clasificar en 16 factores de la personalidad de un sujeto dado, tiene varias formas de presentación: Inventario de Personalidad 16 PF Forma A, B, C, D, E y F. La prueba puede ser aplicada de forma individual o colectiva desde los 16 años de edad. La

Forma A y B requiere un nivel de enseñanza media o superior. Las Formas C y D es menos exigente en cuanto al nivel educacional, y las Formas E y F están diseñadas para personas que presentan algún déficit en su formación y nivel de comprensión lectora. En la presente investigación se utilizó la forma C del 16 PF. La prueba cuenta con 105 ítems, se aplica sin límite de tiempo, habitualmente la demora de un sujeto en completar el test es alrededor de 40 minutos.

La prueba se basa en los datos aportados por el análisis factorial, y sugiere que existe una estructura natural y unitaria de personalidad donde el rasgo es la tendencia relativamente estable del comportamiento, y que pueden ser llevadas a un cuestionario y medidas en un sujeto. Dado los resultados de los factores de personalidad estos se agruparon en tres perfiles.

RESULTADOS

En el estudio realizado se observó un predominio del sexo femenino 86,8% (33) sobre el masculino con un 13.2 % (5). El estado civil predominante fue el soltero con un 57.9 % (22), sobre el casado con un 31.6 % (12) y el divorciado 10.5 % (4). Distribución de pacientes según estado civil. Los pacientes entre 21 a 35 años con un 36.8 % (14), es decir, los más activos laboralmente, seguido de los de 45 años o más con 34.2 % (13), luego de 36 a 45 años con 15,8% (6) y en menor medida los de rangos de edades entre 10 a 20 años 13.2 % (5). En los niveles de depresión existentes, se pudo apreciar que presentaron una depresión moderada, el 52.6 % (20), seguido de una depresión leve el 36.8 % (14), en menor medida como severa un 10.5 % (4). El porcentaje de pacientes con niveles de ansiedad como rasgo, es decir como parte de sus características de personalidad alto en un 34 % (13), medio en un 40 % (15) y bajo en un 26 % (10). En cuanto a los niveles de ansiedad como estado, o sea en el periodo de manifestación de los trastornos en la articulación temporomandibular se encontró alto en un 82 % (31), medio en 10 % (7) y 0 % bajo, lo cual indica que estos son altamente generadores de ansiedad y más aún, cuando existe de base esta patología como rasgo. En el 16 PF se encontró en el perfil 1 un 74 % (28), en el perfil 2 un 16 % (6) y en el perfil 3 un 10% (4), lo cual resalta que los pacientes con trastornos en la articulación temporomandibular tienden a tener como principales rasgos en su personalidad los correspondientes al perfil 1.

Perfil 1- Reservado, alejado, crítico, frío, apartado, esquivo. Duro, escéptico. Gusta más de las cosas que de las personas. Trabaja en solitario. Preciso. Rígido, inflexible. Afectado por los sentimientos, poco estable emocionalmente, turbable, emotivo, voluble, hipersensible. Poca tolerancia a la frustración. Evade llamado de la realidad. Evade necesidades. Aprehensivo y preocupado, ansioso, autocensurado, con presagios e ideas largamente gestadas, ante dificultades se presenta infantil y ansioso. Analítico, crítico, liberal, experimental, de ideas libres y pensamiento abierto, librepensador. Se interesa por cuestiones intelectuales y duda de los principios fundamentales. Escéptico. Lleno de ansiedad en su sentido corriente. No necesariamente neurótico, la ansiedad puede ser ocasional.

Perfil 2 - Pensamiento concreto, poca capacidad para los estudios. Lento para aprender y captar las cosas, interpreta literalmente. Escasa capacidad intelectual. Cohibido, reprimido, tímido, falta de confianza en sí mismo, timorato, desconfiado, cauteloso, marginado de la actividad social, puede presentar sentimientos de inferioridad. Lento y torpe al hablar. Sensibilidad blanda. Dependiente, sobre-protegido, impresionable, tierno, sensitivo, idealista, soñador. Impaciente. Poco práctico.

Perfil 3 - Pensamiento abstracto, brillante. Mucha capacidad para los estudios. Rápido para comprender y aprender ideas. Existe alguna relación con el nivel cultural y con la viveza mental. Independiente, agresivo, competitivo, obstinado, carácter firme, testarudo, autoritario. Seguro de sí mismo.

DISCUSIÓN

Se evidenció que estos pacientes se caracterizan por tener de base niveles de ansiedad altos y niveles medios de depresión. Se demuestra que los factores de la personalidad tienen un gran peso sobre el comportamiento hacia padecer dichos síntomas temporomandibulares, demostrado por un perfil determinado. En cuanto a la depresión, de mayor utilidad resultó la Autoescala de Depresión de Zung y Conde que data de 1965 y establece la frecuencia de aparición en un sujeto de sensaciones y estados de ánimo como la tristeza, llanto e insatisfacciones. Los factores psicosociales son considerados factores etiopatogénicos con la capacidad añadida de exacerbar el proceso o perpetuarlo. También se ha descrito su influencia sobre los resultados terapéuticos. Sin embargo, la relación entre los factores psicológicos y los trastornos temporomandibulares es compleja. Se observa que la regulación neuromuscular del aparato estomatognático, especialmente de la ATM y de los músculos masticatorios, puede estar alterada en los pacientes con patología psiquiátrica incrementando la posibilidad de desarrollo de trastornos temporomandibulares. Se encuentran en los pacientes con trastornos psicológicos tres veces más riesgo de padecer trastornos temporomandibulares. También estos autores encuentran que los pacientes con ansiedad y depresión presentan un mayor riesgo de desarrollar trastornos temporomandibulares, especialmente las mujeres. Se utilizó también el Inventario de Ansiedad, Rasgo-Estado (Idare), la cual es la técnica más usada internacionalmente para evaluar niveles de ansiedad y es considerada la prueba más desarrollada desde los puntos de vista teórico y metodológico. Su autor es el prestigioso psicólogo Norteamericano Charles Spielberger y parte de considerar teóricamente la ansiedad con dos formas de expresión, como estado y como rasgo. La ansiedad como estado, se refiere al estado emocional transitorio o situacional, que varía en intensidad y fluctúa en el tiempo; mientras que como Rasgo se refiere a diferentes características de personalidad relativamente estables, en cuanto a la tendencia a presentar ansiedad ante situaciones o estímulos con peligro o amenaza.

REFERENCIAS

- López Angulo L M. Compendio de instrumentos de Evaluación Psicológica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010.
- Stefan K, Stefanie S, Mohammad H, Hans J, Olaf B, Reiner B. Depressive and Anxiety Symptoms as Risk Factors for Temporomandibular Joint Pain: A Prospective Cohort Study in the General Population. *The Journal of Pain*. 09 Nov 2012
- Emodi- Perlman A, Yoffe T, Rosenberg N, Eli I, Winocur E. Prevalence of psychologic, dental, and temporomandibular signs and symptoms among chronic eating disorders patients: a comparative control study. *J Orofac Pain*. 2008; 22(3).
- Gatchel RJ, Stowell AW, Buschang P. The relationship among depression, pain, and masticatory functioning in temporomandibular disorder patients. *J Orofac Pain*. 2006; 20 (4):288-297.
- Cruz Rodríguez D, Velasco Ortega E, Torres Núñez R, Medel Soteras R, Velasco Ponderrada C. Los trastornos temporomandibulares en relación con la patología psiquiátrica. *Av Odontoestomatol*. 2002; 18 (6): 333-4
- Tapias Ledesma MA, Martínez Domínguez C, Muñoz García JC, Hernández V. Prevalencia de disfunción craneomandibular en una población de un centro de salud. *Arch Odonto Estomatol*. 2007; 23 (1): 37-44.
- Plaza C, García-Fajardo Palacios C. Bruxismo y disfunción craneomandibular. En García-Fajardo Palacios C., editor. *Dolor odonto estomatológico*. 1^{ra} ed. Madrid: Ripano, S.A; 2007. pp. 129-37.
- Van Selms MKA, Lobbezoo F, Visscher CM, Naeije M. Myofascial temporomandibular disorder pain, parafunctions and psychological stress. *J Oral Rehabil*. 2008; 35: 45-52.
- Bertoli E, de Leeuw R, Schmidt JE, Okeson JP, Carlson CR. Prevalence and impact of post-traumatic stress disorder symptoms in patients with masticatory muscle or temporomandibular joint pain: differences and similarities. *J Orofac Pain*. 2007; 21 (2): 106-19.
- Woda A. Psychologic versus somatic? Is it a pertinent alternative? *J Orofac Pain*. 2007; 21 (2): 85-6.

MKSC5.- La intervención del psicólogo en la reproducción asistida

**Blanca Leonor Aranda Boyzo, Francisco Jesus Ochoa Aranda,
y Laura Palomino Garibay**

Universidad Nacional Autónoma de México

INTRODUCCIÓN

La Psicología de la Reproducción es una nueva disciplina de la Psicología de la Salud, y por lo tanto, un nuevo campo interdisciplinario de actuación para el psicólogo. El trabajo del psicólogo en este campo se enfoca a tratar los problemas derivados de las dificultades para reproducirse. El proceso emocional que conllevan la infertilidad, la esterilidad y los tratamientos de reproducción asistida, es tan importante que enfrenta permanentemente a las mujeres a procesos de duelo por la pérdida de su bebe o la imposibilidad de embarazarse, por lo que resulta imprescindible que el psicólogo forme parte del equipo multidisciplinar que atiende a las mujeres sometidas a estos procedimientos.

El duelo es, fundamentalmente, dolor, dolor psíquico que puede llegar a afectar el cuerpo, dolor por una pérdida, que no siempre tiene que ver con la muerte. Una separación de pareja, por ejemplo, es una pérdida, frente a la cual el sujeto tendrá que "hacer algo". Por eso, a pesar de haberlo definido como una reacción normal, Freud propone la necesidad de un trabajo para el duelo y un tiempo -no cronológico, sino lógico-para su elaboración. Ese trabajo implica que el sujeto vaya abandonando los lazos libidinales que lo unían al objeto perdido, lo cual se realiza de un modo lento y paulatino.

El trabajo de duelo es posibilitado por el examen de la realidad, que al mostrar que el objeto no existe más, demanda retirar la libido de él. Claro que esto no es nada sencillo, porque el veredicto de la realidad no alcanza para convencer al sujeto, y lo que predomina como primera reacción ante la pérdida es su no-aceptación.

La separación con el objeto es lenta y con mucho gasto de energía. Freud hablará de los combates provocados por la ambivalencia y la fijación de la libido al objeto. Según Freud, la culminación del trabajo del duelo se daría cuando el Yo puede declarar perdido al objeto y la libido pasa a estar disponible para investir otros objetos, lográndose, entonces, una sustitución del objeto perdido, quedando el yo "libre y exento de toda inhibición".

PROBLEMA

El proceso por el que atraviesan las mujeres que se someten a tratamientos de reproducción asistida, muchas veces es largo y difícil. Mientras algunas mujeres consiguen el embarazo en un año, otras pueden pasar entre 3 y 6 años para

conseguir el niño deseado, y otras jamás lo consiguen; debido a ello el desgaste físico, emocional y económico por el que transitan muchas veces es elevado.

Particularmente en los tratamientos de inseminación artificial, las pacientes atraviesan distintas fases. En cada uno de estos momentos, las pacientes se enfrentan a distintos estímulos estresantes con manifestaciones en distintas áreas de funcionamiento: emocional, intelectual, comportamental, social, y de funcionamiento de pareja.

1. En la primera fase de Diagnóstico, el conocimiento de los motivos que impiden la gestación, es un acontecimiento vital estresante, cuyo impacto puede alterar el estado emocional de las pacientes.
2. En la segunda fase, de tratamiento médico se inicia el tratamiento de inseminación artificial que consiste en el depósito en el interior del tracto reproductor femenino de los espermatozoides para acortar la distancia que deben recorrer éstos hasta llegar al ovocito.
3. Finalmente, en la fase de resultados las mujeres esperan el posible embarazo. Sólo una media del 30% de la población que se somete a técnicas de Inseminación artificial consiguen el embarazo. La ausencia de embarazo se experimenta como una pérdida invisible (Read, 1995) y por lo tanto conlleva un momento de duelo y pena profunda.

MÉTODO

El objetivo de esta investigación fue indagar si el apoyo psicológico permite a las pacientes la elaboración de duelo por la pérdida de sus bebés o la imposibilidad de embarazo que presentan pacientes sometidas a un tratamiento de inseminación artificial. La presente investigación se realizó en la Clínica Ingenes del Distrito Federal. La población la integraron 10 mujeres con diagnóstico de infertilidad, el rango de edad fue de entre 31 y 38 años. La intervención psicológica se realizó en el área de psicología de la Clínica, bajo el enfoque psicoanalítico en la modalidad de grupo terapéutico psicoanalíticamente orientado, se trabajó con las pacientes en sesiones de 50 minutos 2 veces por semana durante 3 meses, que es el tiempo que va desde la fase de diagnóstico hasta la de resultados del tratamiento de inseminación artificial. El grupo terapéutico psicoanalíticamente orientado, se caracteriza por ser una experiencia grupal con objetivos focalizados, donde se crea un ámbito compartido donde se otorga al grupo una situación estímulo que actúa como disparadora para el diálogo con uno mismo y con los demás, produciendo un trabajo de pensamiento que tiende al redescubrimiento de los recursos para la entrada, pasaje y el esclarecimiento de una situación problemática emocional común.

RESULTADOS

Las 10 pacientes con las que se trabajó habían perdido a su bebé después de haber sido sometidos al tratamiento de inseminación artificial los cuales

atravesaban por un periodo de duelo. Por lo que el apoyo psicológico fue fundamental para que pudieran afrontar la situación de pérdida de su bebe. Debido a que el duelo provoca un "agujero en lo real". Expresión que se utiliza para referirse a lo que toca el tejido de la estructura subjetiva. Ese agujero en lo real altera todo el universo significativo; la falta pierde su localización y el orden simbólico se desordena, ocasionando un desequilibrio en la estructura subjetiva, quedando el sujeto en una posición de privación.

Esto tiene que ver con las operaciones de constitución subjetiva respecto del objeto y el agente que las efectúa, por lo que se detectaron sentimientos de frustración, privación y castración en las pacientes. Siendo estas operaciones las que definen los modos de posicionamiento del sujeto con respecto al estatuto de la falta.

En el trabajo de duelo las pacientes se encontraron ante una pérdida real de un objeto simbólico, y el agente que la ocasionó -en la búsqueda desesperada por adjudicarle a alguien la responsabilidad de la pérdida- lo que es puramente imaginario. Pero es frecuente que el sujeto le atribuya a alguien la responsabilidad de esa pérdida o se sienta a sí mismo como responsable. De ahí la aparición del sentimiento de culpa con que se atormenta.

Por lo que con las pacientes se hizo un trabajo que les permitiera la recomposición de la trama significativa, para cubrir ese agujero insoportable que el duelo produce. El trabajo de duelo implicó entonces, un desafío a la estructura del sujeto para recomponer su universo simbólico. Así el trabajo de duelo con estas pacientes implicó más que la sustitución del objeto, les permitió un cambio de posición con relación al objeto perdido.

DISCUSIÓN

De esta manera, el trabajo de duelo tuvo como función sustituir esos fenómenos ligados a la inhibición, las alucinaciones y el acting-out, propios del primer tiempo del duelo, por acciones producto de la recomposición del orden significativo, que les permitió una separación liberadora de la sombra amenazante del objeto, y propiciarle el acceso a una posición deseante nuevamente.

Es importante saber que, en el transcurso de un tratamiento, un ciclo no exitoso es vivido como un gran tropiezo y que mucho puede aportar desde la psicología. La intervención psicológica en el proceso de duelo en reproducción asistida, favorece el éxito del tratamiento en un nuevo intento. Se trabaja validando la elaboración de la pérdida que la persona pudo hacer, facilitando la expresión de las emociones, ya sea escuchando o informando sobre los procesos anímicos que subyacen y que hacen inevitable el desborde emocional. También desarrollando estrategias de afrontamiento de las pérdidas sobre la base de descubrir y controlar con construcciones cognitivas las creencias irracionales.

La principal sensación suele ser el dolor porque el diagnóstico de infertilidad

conduce al trabajo de duelo, explica Martínez. Según ella, “El Duelo es el proceso que se sufre ante una pérdida importante, que nos permite elaborar lo sucedido y nos prepara para convivir con la ausencia.

El duelo tiene fases o etapas en las cuales el psicólogo puede acompañar pero que se llevan a cabo más allá de la intervención de un profesional. La intervención ayuda, pero no es imprescindible. La primera fase del duelo corresponde al impacto emocional o sensación de shock, tras conocer la noticia. Luego hay una fase de negación donde la persona dirige su foco atencional hacia otros objetos o intereses de su vida hasta que el pensamiento comienza a activarse y se entra ya en un proceso franco de elaboración, que consiste en la tramitación racional de lo sucedido, se analizan las causa y las consecuencias, las sensaciones comienzan a apaciguarse y se acepta el vacío o la falta”.

Además, aclara: “El proceso de duelo no es lineal, tiene múltiples oscilaciones, idas y vueltas, y no es igual en todos los seres humanos. Hay duelos normales, duelos detenidos y duelos patológicos que son los que se cronifican dando lugar a las melancolías.

REFERENCIAS

- Fernández-Alcántara, M., Cruz-Quintana, F., Pérez-Marfil, N., & Robles-Ortega, H. (2012). Factores psicológicos implicados en el duelo perinatal. *Index de Enfermería*, 21(1-2), 48-52.
- LLavona Uribe Larrea, L. M. (2008). El impacto psicológico de la infertilidad. *Papeles del Psicólogo*, 29(2).
- Moreno, A., Díaz, D. G., & Barcelona, I. V. I. (2007). Procesos emocionales en pacientes sometidos a técnicas de reproducción asistida. *Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en Reproducción asistida*. 21(1-2), 48-52.
- Rosset, C. M. (2002). Factores psicológicos de la infertilidad. *INFORMACION PSICOLOGICA*, (78), 85.
- Suárez, P. S. (2000). Problemas de fertilidad: Estrategias de afrontamiento y apoyo social. *Información Psicológica*, (73), 30-36.

MKSC6.- Uso de las TAC en la enseñanza del análisis de datos como competencia profesional del Psicólogo

**María de Lourdes Monroy Tello, Aurora Ayala Núñez, Erika Vásquez Mata,
Lidia Meléndez Francisco y Beatriz Cruz Sanjuan
Facultad de Psicología, UNAM**

INTRODUCCIÓN

La sociedad actual enfrenta el desafío de democratizar la cultura, de tal forma que todas las personas tengan acceso a la educación. De manera particular, se ha considerado el uso de las nuevas tecnologías como una de las estrategias más importantes para mejorar la calidad de vida, poniendo no solo la educación a la disposición de más personas, sino también la información y la comunicación, como una competencia de alta demanda en el terreno laboral.

El reto es ha sido desarrollar un curso en línea para enseñar SPSS (programa de mayor demanda en el mercado laboral) dirigido a alumnos y docentes, generando mucho más que un simple repositorio de difícil comprensión, logrando un producto que supera la complejidad de la herramienta, y supera la falta de dominio de los conceptos de estadística asociados con su uso, para ello se elaboró un diseño instruccional de acuerdo al modelo ADDIE y se elaboraron recursos utilizando herramientas atractivas y productos validados por expertos en el área. Conjuntando el diseño instruccional y los contenidos basados más de 15 años de experiencia impartiendo el curso presencial, se integró un curso que consta de 9 unidades de aprendizaje y que está presentado por medio una secuencia con grado de dificultad creciente, en forma creativa (videos, infografías, audios) y evaluaciones prácticas, supervisados y retroalimentados por medio de foros.

De ahí la relevancia de los proyectos enfocados a la incorporación de TIC no solo en la docencia, sino en las labores sustantivas de la Institución, de manera específica poniendo al alcance de todos la posibilidad de adquirir habilidades tecnológicas, siendo los cursos en línea una estratégica opción para ello, haciendo particular énfasis en la inminente necesidad de contar con recursos a distancia que permitan una mayor cobertura y que atiendan a los requerimientos de formación de los alumnos. Es a partir de este amplio panorama de posibilidades y considerando que, entre las habilidades requeridas para un psicólogo y otros profesionistas relacionados con la investigación, se encuentran la recopilación y análisis de datos, el dominio de herramientas tecnológicas para la comunicación y la presentación de resultados, que, en el ámbito de la adquisición de competencias tecnológicas asociadas al análisis estadístico de información, ha alcanzado un auge muy importante en la Dependencia.

PROBLEMA

La introducción de las TAC ha cambiado las formas de acceso al conocimiento y aprendizaje, la manera de comunicarse y de relacionarse con otros (Escontrela & Stojanovic, 2004), mostrando una inminente necesidad de transformar la concepción de la enseñanza-aprendizaje, lo cual ha tomado cuerpo y forma en las diversas modalidades educativas: presencial, a distancia y mixta (Alvarado, 2003). La incorporación de las TAC ha generado nuevos espacios dónde se puede propiciar el aprendizaje y aprovechar las herramientas tecnológicas con las que se cuenta actualmente. De esta necesidad han surgido los entornos virtuales de aprendizaje que favorecen a la población que por cuestiones diferentes no pueden asistir a los cursos presenciales, haciendo que los entornos virtuales de aprendizaje cobren sentido y valor.

Entre las múltiples necesidades de incorporación de TAC, se ha observado que una de las principales demandas por parte de alumnos y docentes es el desarrollo de habilidades tecnológicas relacionadas con el uso de software para el análisis de datos, en específico SPSS, ya que es el programa más utilizado en diversas asignaturas que involucran conocimientos de metodología, medición y estadística y en el ámbito laboral.

Al respecto, y con el objetivo de implementar un entorno virtual de aprendizaje que permitiera desarrollar un producto enfocado al aprendizaje de SPSS como herramienta para el análisis de datos, se hizo uso de la metodología del diseño instruccional (forma en la que se planea el acto educativo), la cual expresa el concepto que se tiene del proceso enseñanza-aprendizaje e incluye la definición de objetivos, el diseño de actividades, la planeación de estrategias y técnicas didácticas, la evaluación y la retroalimentación, como algunos de sus principales elementos, tomando en cuenta la infraestructura, las plataformas de gestión del aprendizaje, el diseño y la comunicación, procedimientos importantes en el desarrollo de entornos virtuales de aprendizaje.

MÉTODO

Para el desarrollo del curso “Introducción al análisis de datos con SPSS” en línea se utilizó el modelo ADDIE, el cual consta de cinco fases: Análisis, Diseño, Desarrollo, Implementación y Evaluación.

Análisis: Análisis de necesidades derivado de reportes de habilidades tecnológicas, informes institucionales y bitácoras de los cursos presenciales.

Diseño: Reestructuración de objetivos, definición del contenido temático, búsqueda bibliográfica para elaboración de los materiales complementarios y actualización de los contenidos. Elaboración del guion instruccional, determinando la secuencia de contenidos, el grado de dificultad, determinar actividades formativas y de evaluación, explorar y determinar las herramientas tecnológicas

para la elaboración de los recursos utilizados, como libros, videos, prácticas, foros, evaluaciones.

Desarrollo: Basada en un modelo de aprendizaje constructivista en entorno virtual, centrando la propuesta didáctica en las actividades que desarrolla el alumno mediante el uso del soporte electrónico explicado en el primer módulo. En su concepción pedagógica, el ciberalumno es el actor central y activo del proceso, por ello, la propuesta didáctica se centró en las actividades que él desarrolla.

En el diseño del curso, la parte fundamental se centró en las actividades que realizaría el alumno, ofreciendo los materiales del tema revisado y ejecutando prácticas por medio de ejercicios, permitiendo con ello el entrenamiento de sus habilidades y la retroalimentación de manera constante. Para ello se generaron diversos recursos de autoría local elaborados con herramientas como Paint, Word, Acrobat, Power Point, Educaplay, Canva, Genially, Padlet, Powtoon, Prezi, Youtube, Apower Soft, grabado de voz de Googlecrome, Filmora, los cuales fueron evaluados por expertos antes de su inclusión.

Implementación: Se llevó a cabo utilizando el aula virtual de Moodle, el equipo de desarrollo se encargó también de fungir como asesores en línea, dando seguimiento a los alumnos en plataforma, retroalimentación y ayuda en foros de dudas, así como la evaluación de actividades.

RESULTADOS

El producto aún en su primera versión piloto y a punto de arrancar su segunda versión de validación, se integró en 9 unidades temáticas basadas en prácticas de autoevaluación o de retroalimentación, en donde el alumno en el proceso de conocimiento de la herramienta, pone en práctica los conocimientos adquiridos, no solo en la toma de decisiones estadísticas, sino en la aplicación de las habilidades tecnológicas para el análisis de datos.

Con la finalidad de mantener comunicación con los alumnos se incluyeron los foros, para los cuales se establecieron horarios de retroalimentación sincrónica en horarios establecidos desde el inicio del curso y la alternativa de retroalimentación asincrónica 24 horas al día, donde no solo los asesores ofrecieron apoyo a los alumnos, sino también el resto de los alumnos, permitiendo con ello obtener apoyo sobre cualquier duda, tanto en los contenidos, como en la ejecución de los ejercicios.

La participación de los tutores está enfocada a la retroalimentación del aprendizaje y procura que el alumno tome conciencia de la información potencialmente valiosa, reflexionando sobre los pasos adoptados de manera que regule su proceder cognitivo. Las actividades propuestas y en particular las prácticas presentadas por unidad, promueven el análisis de los contenidos y la revisión de materiales complementarios (en el caso de que los alumnos no posean

las habilidades conceptuales requeridas), ya que, si bien son prácticas, los planteamientos incluidos requieren de la comprensión de los recursos presentados. Las actividades fueron concebidas como las herramientas cognitivas, pues constituyen el cuerpo de aprendizaje del curso; están reunidas en una guía, y se puede acceder a ellas por medio de barras de avance. Las actividades tienen como objetivo la apropiación de los contenidos y hace imprescindible que los alumnos realicen tanto las actividades optativas, como las obligatorias. Los temas fueron presentados por módulos o unidades de dificultad creciente, las cuales se estructuraron en cuatro tipos de actividades básicas:

- Actividades Introdutorias
Tienen por objetivo hacer más significativos los elementos del módulo
- De elaboración, profundización y aplicación
Profundizan los contenidos de la especificidad temática del módulo y las competencias vinculadas.
- De integración
La actividad final de cada módulo debe permitir mostrar la organización, las relaciones entre los elementos principales y su posibilidad de utilización en un pequeño producto final.
- De evaluación
Las actividades de evaluación son múltiples, incluyen prácticas, ejercicios y simulaciones. -Esta fase incluyó tanto al curso (en cuanto a estructura, diseño, materiales, contenidos, nivel de dificultad), como a los aprendizajes adquiridos por alumnos, respecto a la evaluación del curso, se elaboraron cuestionarios de evaluación por unidad, y un cuestionario final para la validación del curso (aún en proceso).

DISCUSIÓN

Uno de los principales aportes del trabajo impacta en la transición del curso presencial a un curso totalmente en línea, que además de complementar la formación del psicólogo, permite atender a una población mayor a diferencia de un curso presencial. Los productos alcanzados en cada fase del diseño son los siguientes:

Identificación de las necesidades de la Comunidad y establecimiento de un perfil para la elaboración del curso. Establecimiento del objetivo general y los objetivos específicos, selección de contenidos acordes a los objetivos, desarrollo del guion instruccional de las nueve unidades que conformaron el curso e imagen gráfica, los iconos y botones integrados al mismo, así como de los materiales complementarios y recursos de práctica, retroalimentación y evaluación. Se llevó a cabo con una aplicación piloto con 25 personas, conformada por docentes y alumnos, que incluyó tanto expertos en estadística con práctica en el uso del programa, como a aquellos que cuentan con conocimientos básicos o incluso mínimos y que además nunca habían utilizado el programa.

La asesoría del curso estuvo a cargo de cinco personas, integrantes del área de

innovación educativa y apropiación tecnológica de la Unidad de Redes, Informática y Desarrollo de Sistemas de la Facultad de Psicología, quienes dieron seguimiento y retroalimentación a los alumnos en todo momento. La evaluación se dividió en dos partes, la primera consistió en evaluar el aprendizaje por medio de actividades por unidad y la segunda consistió en la evaluación del curso, incluyendo presentación, claridad, materiales, grado de dificultad, lenguaje utilizado, coherencia, facilidad de navegación y secuencia de los contenidos. Si bien el diseño instruccional actual fue considerado útil por los alumnos, se logró identificar algunas mejoras que se encuentran en proceso tal como:

- Dividir el curso en tres niveles, en una parte introductoria, intermedia y avanzada, con la finalidad de distribuir de mejor forma la carga de trabajo y los contenidos de cada nivel.
- Incluir actividades contextualizadas, para que el curso además de promover la adquisición de las habilidades para el uso de una herramienta como SPSS, facilitar su aplicación.
- Hacer el curso autogestible, el curso actual cuenta con actividades que deben ser evaluadas por el instructor, esto aumenta la carga de trabajo en función del número de alumnos que tenga bajo su asesoría, por esta razón diseñar actividades autogestibles disminuiría la carga de trabajo en la evaluación y permitiría dedicar más tiempo a la atención de dudas.

REFERENCIAS

- Alvarado, A. (2003). Diseño instruccional para la producción de cursos en línea y e-learning. *Docencia Universitaria*, 4(1), 9-24.
- Ayala Núñez, A., Esquivel Martínez J., Monroy Tello, ML (2017). Programa Construyendo Espacios de Colaboración y Aprendizaje con apoyo de la TIC. Unidad de Redes, Informática y Desarrollo de Sistemas. Facultad de Psicología. UNAM
- Escontrela, M. R., & Stojanovic, C. L. (2004). La integración de las TIC en la educación: Apuntes para un modelo pedagógico pertinente. *Revista de Pedagogía*, 25(74).
- Facultad de Psicología (2015). Servicios tecnológicos. Recuperado de: <http://www.psicologia.unam.mx/servicios-tecnologicos/>
- Graue, W. E. (12 de mayo de 2015). Plan de Desarrollo Institucional 2015-2019. Recuperado el 8 de agosto de 2016, de [www.rector.unam.mx: http://www.rector.unam.mx/doctos/PDI-2015-2019.pdf](http://www.rector.unam.mx/doctos/PDI-2015-2019.pdf)
- Jardines, F. J. (2009). Desarrollo histórico de la educación a distancia (Historical development of distance education). *Innovaciones de negocios*, 6(12), 225-236. Recuperado de: http://www.web.facpya.uanl.mx/rev_in/Revistas/6.2/A5.pdf
- Sangra, B; Montilva, J; Barrios, J; (2005). Cómo evaluar cursos en línea. *Educere*, 9(1) 523-530. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35603113>
- Zaragoza, R. E., & Pérez, D. M. (Agosto de 2016). Acceso y uso de las TIC en la UNAM. México, Ciudad de México, México.

MKSC7.- Los efectos del estrés sobre satisfacción estudiantil

Itzzury Osvaldo Oropeza Raigosa, Oliverio Leonel Linares Olivas
Fapytch

INTRODUCCIÓN

El ámbito académico es fundamental en la vida de cualquier persona, ya que a lo largo de su desarrollo es el conducto por el que recibe los conocimientos de la cultura a la que pertenece, y es también donde se da la socialización con el mundo exterior. Como en todas situaciones, existen pros y contras en torno al ámbito de la educación, pero al ser una parte indispensable del día a día, es indudable el impacto que puede tener sobre el bienestar de un individuo, y ese es el objeto del presente ejercicio de investigación. No se pueden tratar temas de esta envergadura sin un fundamento teórico, y es por eso que se utilizan algunas investigaciones que han tratado de develar, por su cuenta, en que consiste el bienestar psicológico y que dimensiones tiene; pero además, en la misma sintonía, se trata de relacionarlo con la satisfacción estudiantil, que puede ser entendida como una medida confiable que trata de averiguar la calidad de la educación en una institución educativa a partir de instrumentos, que miden la percepción de estudiantes a partir de si, sus necesidades son, o no, cubiertas por la institución educativa a la que pertenecen. Pueden existir muchas formas para relacionarlos a partir del propósito que se persigue, pero el objeto de este trabajo es encausarlos como elementos importantes y que tienen que ver con el estrés académico, que es una realidad presente en todos los niveles educativos y es de carácter universal, siendo entendido desde su categoría negativa, y que muchas veces impide el buen aprovechamiento educativo, mermando la satisfacción estudiantil y, por lo tanto, impactando en el bienestar psicológico, ya que al éste último tratarse de una realización del ser humano, se ve impedido por un elemento que no se cumple.

En el ámbito educativo se ha manifestado que junto con el de los servicios de salud se reportan las tasas más altas de estrés y ansiedad que afectan el nivel de satisfacción académica. El bienestar general, impacta de forma positiva en la salud mental., de esta forma, una actividad placentera desarrollada en condiciones tranquilas tenderá a dar como resultado un estado de plenitud en la persona que la realiza.

PROBLEMA

En la realidad de los estudiantes, el cumplir con las expectativas que se tiene sobre ellos como alumnos de una institución, en muchas ocasiones, genera una sensación de malestar al verse apabullados por el sin fin de responsabilidades que se tienen, dejando de lado todas aquellas que no involucran a su escuela, sino que son meramente personales pero que se relacionan, ya que el ser humano es un ente biopsicosocial, y debe estar en armonía en sus diferentes estratos.

Ahora bien, en muchas ocasiones el estrés que genera la escuela, no puede ser llevado adecuadamente por el sujeto, al no contar con los suficientes elementos para sobrellevar las situaciones de ese tipo, lo que conlleva que su sensación de bienestar se vea afectada negativamente. De tal forma, que la problemática que se menciona en la presente investigación, es relacionar los conceptos de bienestar psicológico, satisfacción estudiantil y estrés académico, relacionándolos tratando de identificar una problemática que, por lo menos, se presenta en algunas instituciones de forma negativa, reflejada en la deserción escolar, el bajo aprovechamiento académico, entre otras.

Es así como la problemática a tratar en el presente trabajo, vendría siendo: ¿qué es el estrés académico y cómo impacta en la satisfacción estudiantil de los estudiantes de nivel superior en Durango?

MÉTODO

La muestra seleccionada fue por conveniencia. Se eligió la Facultad de Psicología UJED del estado de Durango con una participación de 150 alumnos. La aplicación del instrumento se llevó a cabo en los salones de la institución anteriormente mencionada dentro de las horas de trabajo, de manera grupal, en el transcurso de un día, y tuvo una duración aproximada de cuatro horas. Se protegieron los derechos de anonimato, confidencialidad y participación voluntaria en la investigación. Para evaluar los estresores, apoyos y malestar físico se utilizó la escala SWS-Survey salud mental, estrés y trabajo de Gutiérrez y Osterman (1994). Es un instrumento diseñado para operacionalizar un modelo teórico sobre Salud Mental, Estrés y Apoyos, (Gutiérrez & Ostermann, 1999). Como indicadores de consistencia interna del SWS – Survey se calculó el alfa de Cronbach por escala arrojando los siguientes valores: Salud Mental deficitaria .874; Salud Mental .904; Estrés en el Trabajo .772; Apoyo en el Trabajo .927; Estrés Social .903; Apoyo Social .866; Estrés Personal .822; Apoyo Personal .824. Para las escalas de estrés en su conjunto fue de .955; para las de apoyo .948; para la escala completa de .886. El estrés es la reacción del organismo ante cualquier demanda (Seyle 1956). Este proceso incluye la evaluación de los propios recursos (apoyos) para dominar o superar ciertas demandas (estresores), y que conlleva a una activación fisiológica y conductual.

Para llevar a cabo la aplicación del instrumento, se necesitó la autorización de la institución, en la cual se llevó a cabo una charla para la exposición de los objetivos de la investigación y la sensibilización a los participantes sobre el inventario. En la fecha asignada se realizó la aplicación a los participantes, el investigador leyó la carta de consentimiento informado a los participantes y dio las instrucciones para completar los instrumentos.

RESULTADOS

Se aplicó la escala SWS-Survey de salud mental, estrés y trabajo de

Gutiérrez y Osterman (1994) a 150 alumnos, los cuales están cursando la licenciatura de psicología, de los cuales solo el 30% tiene pareja sentimental. Con relación al sexo, el 50% eran del género masculino. Los participantes reportaron edades entre los 18 a 25 años.

El objetivo de esta investigación fue evaluar los efectos del estrés y el apoyo sobre la satisfacción estudiantil en universitarios. El nivel de satisfacción de los estudios tuvo correlaciones negativas con el apoyo social $r=-.18$; el apoyo escolar $r=.37$; y apoyo personal $r=.24$. Por otro lado, la satisfacción con los estudios tuvo correlaciones negativas con el estrés personal $r=-.23$, estrés escolar $r=-.20$ y estrés social $r=-.18$. Con estos resultados obtenidos, es de llamar la atención que la satisfacción con los estudios, tiene una correlación negativa con el estrés, el cual afecta de manera directa el bienestar psicológico de los estudiantes, en este caso, el estrés se manifiesta en los distintos ámbitos de la persona como en el social y el escolar y a consecuencia le trae malestares físicas y psicológicas.

Para determinar los pesos de las variables sobre al nivel de satisfacción escolar se utilizó un análisis de regresión múltiple mediante el método estándar. La única variable significativa fue el apoyo escolar $R=.39$, $R^2=.13$, $gl=6$, $F=6.4$, $p=.000$. Un modelo adicional se utilizó para determinar el peso de los estresores, los apoyos y la satisfacción sobre el promedio. Las correlaciones fueron bajas y no significativas. Del mismo modo el modelo resultó ser no adecuado para la variable de promedio $R=.24$, $R^2=.02$, $gl=7$, $F=1.5$, $p=.164$. Teniendo en cuenta la presencia de esta problemática en las universidades es necesario que estas instituciones ayuden a implementar estrategias y aptitudes para el afrontamiento de al estrés académico.

DISCUSIÓN

Tanto el estrés como la satisfacción académica implican la percepción de cada persona frente a las situaciones y condiciones a las que se está expuesto, en este sentido la evaluación de cada estudiante realiza indicara los niveles de las variables, además puede llegar a moldear comportamientos que estén relacionados con su rendimiento de manera positiva o negativa. La satisfacción académica puede convertirse en un factor protector que probablemente ayude a disminuir el estrés. O de lo contrario, una satisfacción académica negativa, puede convertirse en un factor de riesgo que afecte la salud de las personas.

El estrés y la satisfacción académica, son fenómenos que actúan en la salud, al hacer referencia al estrés se tiene presente que es indudable su presencia, ya que en ocasiones se convierte en un mecanismo que aparece ante los cambios que impactan a los estudiantes de una manera negativa o positiva.

Como objetivo de la presente investigación, es determinar qué aspectos académicos impulsan una mejor satisfacción académica en los estudiantes y cómo esos aspectos perjudican su percepción de la salud mental. Los estudiantes de la

licenciatura en Psicología presentan estrés académico poco frecuente, pero con una intensidad moderada y las correlaciones fueron bajas y no significativas. Para lograr el objetivo de la investigación se tuvo que llevar a cabo un diagnóstico sobre la influencia del estrés en satisfacción académica de los estudiantes de psicología, que sirva como precedente para nuevas investigaciones y estudios comparativos con otras instituciones del estado de Durango, además fue necesario utilizar un instrumento que sirviera para la recolección de datos para realizar el diagnóstico. Como argumento final con los resultados ya obtenidos en esta investigación, se podría decir, que se permitió de cierta manera evaluar cuan satisfechos están los universitarios con su vida, además de permitir realizar seguimiento sobre el nivel de estrés.

REFERENCIAS

- Barrantes, K. y Ureña, P., (2015). Bienestar psicológico y bienestar subjetivo en estudiantes universitarios costarricenses. *Revista intercontinental de psicología y educación*, 17, 101-123.
- Gento, S. y Vivas, M. (2003). El SEUE: un instrumento para conocer la satisfacción de los estudiantes universitarios con su educación. *Revista acción pedagógica*, 12, 16-27.
- Romero, A., Brustad R. y García A., (2007). Bienestar psicológico y su uso en la psicología del ejercicio, la actividad física y el deporte. *Revista Iberoamericana del ejercicio y del deporte*, 2, 31-52.
- Salinas, A. y Martínez, P. (2007). Principales factores de satisfacción entre los estudiantes universitarios. *Revista SOCIOTAM*, 17, 163-192.
- Vallejo, L. (2011). Relación entre estrés académico y rendimiento académico en estudiantes de la carrera química farmacéutica-biológica de la UNAM. Tesis de licenciatura no publicada. Universidad pedagógica nacional, México D.F., México.

MKSC8.- El cambio de significados en terapia: análisis de caso desde una metodología discursiva.

Alexis Ibarra Martínez Evelyn Noemí Sánchez Somera, Iris Xóchitl Galicia

Moyeda

Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM

INTRODUCCIÓN

Esta investigación se inserta dentro del ámbito de los estudios del proceso terapéutico y su efectividad. En la actualidad la efectividad de la psicoterapia ha quedado demostrada, aun así, persisten las dudas sobre cómo entender el proceso y el resultado de sus herramientas de intervención. La investigación ha empleado mayoritariamente una metodología cuantitativa que ha servido para mostrar empíricamente la efectividad de la psicoterapia mediante la identificación de técnicas y/o modelos que son útiles para tratar síntomas, trastornos o poblaciones específicas. Como tal tiene mucho que decir sobre el resultado, pero poco sobre el proceso, no describe cómo ocurre el cambio. Cuando la terapia se enmarca como un proceso determinado por relaciones causales entre variables, se impone una visión unidireccional para un fenómeno que se da en la inter-acción y por tanto es bi-direccional. Las acciones de los integrantes de la díada terapéutica surgen en un contexto de responsividad: el terapeuta modifica todos los aspectos de su actuar en función del paciente y viceversa. Es necesario pensar qué metodología puede dar cuenta de lo que sucede en la díada terapéutica como un espacio de interacción. La propuesta es que el análisis del discurso ofrece una vía privilegiada para explorar de forma sistemática la interacción en el espacio clínico porque entiende que se trata de un proceso relacional que se genera momento a momento en donde las respuestas de cada participante moldean el proceso y el resultado. Una perspectiva metodológica que toma como objeto de estudio al discurso se ocupa de los usos específicos del lenguaje, define al habla como acción, no como ventana directa a un mundo interno. Esta aproximación tiene varias ventajas: busca describir la práctica terapéutica tal cual sucede y no desde un ideal teórico, examina las acciones terapéuticas en un nivel de detalle muy fino, además de que incluye las respuestas de los pacientes y su impacto en el curso de la terapia. Por lo tanto, el presente trabajo retoma la idea de que para entender el resultado de la terapia (efectividad) es necesario contar con herramientas metodológicas que permitan evaluar las características de la interacción entre paciente y terapeuta.

PROBLEMA

Para subsanar el hueco que dejan los estudios centrados en aspectos cuantitativos y en el resultado de la terapia se propone una metodología cualitativa de tipo naturalista centrada en cómo pacientes y terapeutas construyen versiones de problemas o soluciones (Miller & Strong, 2008). Se retoman los principios de la

psicología discursiva y el análisis de la conversación. La psicología discursiva sostiene que todo intercambio entre personas es un proceso de negociación de versiones de la realidad. El análisis de la conversación sostiene que el habla está organizada secuencialmente en la concatenación de turnos de habla, cuando dos personas interactúan, lo que una parte dice condiciona parcialmente lo que la otra puede decir (Potter 1996; Potter & Wiggins 2007). Cuando estos principios se trasladan a la psicoterapia se puede afirmar que terapeuta y paciente negocian versiones de la realidad, idealmente esa negociación debería conducir a una versión más satisfactoria para el paciente. También implica que el terapeuta puede producir efectos inmediatos: un cambio de perspectiva que se hace manifiesto en el turno posterior a una intervención (Peräkylä et al. 2008). Sin embargo, este cambio de perspectiva no siempre se hace visible inmediatamente, sino que se manifiesta a largo plazo (Bercelli et al. 2013). El problema de investigación es el cambio de versiones o significados en terapia tomando una perspectiva longitudinal que busca saber cómo evolucionan las descripciones de la paciente en torno a su queja. Se plantea que es insuficiente detectar si las intervenciones generan cambios en términos de ausencia o presencia de los mismos, es necesario mostrar una imagen detallada y procesual de los efectos de la terapia que toma en cuenta la posibilidad de transformaciones paulatinas, lo que hace necesario evaluar cambios sesión a sesión, detectar qué aspectos se modifican y cuáles no.

MÉTODO

Como objetivo general se planteó identificar qué versiones introduce la paciente en torno al consumo de marihuana de su hijo e identificar si dichas descripciones se modifican. Como objetivo específico se plantea identificar las versiones concretas que emergen como resultado de la terapia. El material empleado consta de cuatro sesiones de terapia individual conducidas bajo un modelo de terapia sistémica y breve que fueron videograbadas y posteriormente transcritas. La psicología discursiva y el análisis de la conversación fueron las guías metodológicas empleadas, ambas plantean el estudio del habla dentro de un contexto secuencial, no se considera al habla como reflejo de un mundo subjetivo interior, sino como respuesta a las acciones de los otros. Aunque en este estudio el foco de análisis es el habla del paciente, se tomó en cuenta de qué manera el terapeuta induce ciertos contenidos o significados y de qué manera el contenido del habla del paciente es una respuesta de aceptación o rechazo a las propuestas del terapeuta (Ibarra & Galicia, 2016; Vehviläinen et al. 2008). Para el análisis se aislaron fragmentos de habla en que la paciente hacía referencia al consumo de marihuana de su hijo de forma explícita o implícita, se contrastaron sesión a sesión para ver si el contenido de dichas descripciones se modificaba, y se identificó el contenido de las nuevas versiones.

RESULTADOS

En esta investigación se encontraron dos tipos de descripciones: un primer rubro de versiones que se mantienen estables a lo largo de todas las sesiones y

definen el consumo de marihuana como algo problemático; el segundo rubro es de versiones novedosas que emergen como resultado del proceso terapéutico y muestran cambios de perspectiva en el paciente. Las versiones que permanecen sin cambios a lo largo de las sesiones fijan el uso de marihuana como algo problemático a partir de descripciones que hacen referencia a ella como “una adicción” que se califica de “algo muy grave”, la actitud de la paciente se expresa en términos de “no te tolero que estés con esa adicción” o “te puedo pasar todo menos que fumes” y en reacciones específicas “ya le dije que deje de fumar” o “ponerle un alto”. La paciente también hace referencia a las consecuencias futuras del consumo: “me preocupa que no la quieras dejar que vayas queriendo más” “se va a dañar”. Estas descripciones sirven como recurso para fundamentar una petición al terapeuta “quiero que deje de fumar”. Es importante señalar que las descripciones que definen a la marihuana como problema y adicción aparecen a lo largo de las cuatro sesiones. A pesar de que se identificaron descripciones emergentes y novedosas, la forma de describir y hacer evaluaciones de la marihuana no cambió. De modo que el rubro de descripciones novedosas no está relacionado a la sustancia o a su consumo, sino que se vincula a la aparición de nuevos temas de discusión y formas en que la paciente describe sus propias actitudes, respuestas y su relación con el hijo que fuma. Se encontraron versiones nuevas relacionadas a cambios en torno a las expectativas temporales con respecto al consumo: “es difícil que así de repente deje de fumar” “necesita tiempo”. Aparecieron versiones que modificaban las posibilidades de acción de la paciente “no puedo hacer que deje de fumar”. Se encontraron peticiones diferentes al terapeuta en torno a estrategias “cómo hacerle para ayudarlo”. De igual modo se encontraron versiones relacionadas a las reacciones de la paciente: “no alterarme tanto” y a nuevos repertorios de acción: “dices que nunca te escucho ahora te escucho”, “platicar y dejar en paz el tema de la marihuana”. La descripción que sintetiza los cambios es expresada por la paciente en la última sesión: “yo había resumido lo que me recomendaron aquí en tres cosas cero reproches, conversaciones y mucho amor”

DISCUSIÓN

En este trabajo se identificaron dos ámbitos de descripciones: aquellas que se mantienen estables con independencia del paso del tiempo o las estrategias del terapeuta; aquellas que se modifican con el transcurso de las sesiones y que podrían atribuirse al impacto de la terapia. En el primer caso las descripciones invariantes definen y evalúan a la marihuana y su consumo como algo negativo. En el segundo caso las descripciones emergentes modifican las expectativas de la paciente con respecto al abandono del consumo, cambian el foco de atención de la sustancia a la relación con el hijo y del consumo a las actitudes de la paciente, también abren panoramas de acción. Estas descripciones generan un efecto terapéutico pues cambian la definición del problema, modifican la queja inicial, generan alternativas y perspectivas distintas para la paciente. Al reflexionar sobre descripciones estables y emergentes se hace evidente que puede hablarse de la terapia como un proceso de cambio que se hace palpable en el contenido del habla

del paciente, sin embargo, dicho cambio no es lineal ni progresivo. Las nuevas versiones coexisten con versiones que mantienen la construcción del consumo como un problema. Es importante subrayar que desde una perspectiva interaccional y discursiva sobre la terapia, el cambio es el resultado del actuar conjunto de terapeuta y paciente, en ese sentido se propone evaluar qué estrategias concretas del terapeuta impidieron o contribuyeron a la aparición de descripciones novedosas (Ibarra & Galicia, 2016; Peräkylä, et al; 2008) En gran medida la posibilidad de cambio en el caso estudiado se da en un contexto en que el terapeuta introdujo nuevos temas de conversación, realizaba cambios de foco en la forma de abordar temas o recuperaba temas de sesiones anteriores. Muchas veces estas estrategias eran aceptadas por el paciente, en otras eran ignoradas o rechazadas. A pesar de ello para futuras investigaciones es importante rastrear de qué manera el terapeuta induce o promueve la aparición de versiones alternativas y si este cambio se hace visible inmediatamente o en sesiones posteriores

REFERENCIAS

- Bercelli, F., Rossano, F. & Viaro, M. (2013). *Supra-session courses of action in psychotherapy*. *Journal of Pragmatics*, 57, 118-137.
- Ibarra, A. & Galicia, X. (2016). El cambio de versiones en psicoterapia: las respuestas de los pacientes ante las estrategias discursivas del terapeuta. *Psicología Iberoamericana*, 24 (2), pp.74-86.
- Miller, G. & Strong, T. (2008). *Constructing therapy and its outcomes*. En J. A. Holstein & J. F. Gubrium (Eds.). *Handbook of Constructionist Research*. New York: Guilford Press
- Peräkylä, A., Antaki, C., Vehviläinen, S. & Leudar, I. (2008). *Analysing psychotherapy in practice*. En A. Peräkylä, C. Antaki, S. Vehviläinen & I. Leudar (Eds.). *Conversation Analysis and Psychotherapy*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Potter, J. (1996). *Representing reality: Discourse, rhetoric and social construction*. Londres: Sage.
- Potter, J. & Wiggins, S. (2007). *Discursive psychology*. En C. Willig & W. Stainton-Rogers (Eds.). *Handbook of qualitative research in psychology*. London: Sage.
- Vehviläinen, S., Peräkylä, A. & Leudar, I. (2008). *A review of conversational practices in psychotherapy*. En A. Peräkylä, C. Antaki, S. Vehviläinen & I. Leudar (Eds.). *Conversation analysis and psychoterapy*. Cambridge: Cambridge University Press.

MKSC9.- Competencias Parentales de padres y/o tutores de niños/as con Desórdenes Conductuales

Verónica Janeth Uruchima Juca, Sandra Maribel Barros Beernal

Universidad Católica De Cuenca

INTRODUCCIÓN

Betancourt y Andrade (2011) mencionan que a nivel mundial se han venido reportando numerosos casos de niños y adolescentes con problemas conductuales o emocionales. En México se estima que, la mitad de los menores presentan algún problema de conducta mostrando síntomas como: inquietud, irritabilidad, nerviosismo, desobediencia, explosividad y conducta dependiente. Los problemas de comportamiento están dados por diversos factores y uno de ellos y quizás el más importante son los factores familiares específicamente las prácticas parentales. Si un niño se encuentra expuesto a diversos factores de riesgo dentro del contexto familiar es considerado un marco clave en el inicio y desarrollo de problemas de conducta (Robles & Romero, 2001). Moreno (2013) establece la necesidad de realizar más investigaciones sobre competencia parental de manera que se llegue a conocer la realidad actual del contexto familiar donde se encuentra inmerso el niño o adolescente. De acuerdo a los casos atendidos en UDIPSAI, un alto porcentaje de la población infantil que asiste al centro presenta desórdenes conductuales que no están asociadas a ningún trastorno, por tanto, se ve la importancia de conocer las prácticas de crianza de aquellos padres o tutores que estén a cargo del niño o niña. Competencia es la capacidad que tiene el ser humano para desarrollar y dar respuesta a nivel cognitivo, afectivo, conductual y comunicacional de manera flexible y adaptativa en un determinado contexto, presentes a corto y largo plazo, que permitan a la persona aprovechar de forma positiva los recursos que proporciona el medio (López, Martín, Cabrera, & Máiquez, 2009).

Competencias Parentales según Barudy son aquellas capacidades prácticas de los padres y/o tutores para cuidar, proteger y educar al menor asegurándoles un desarrollo sano y óptimo. Toda competencia parental positiva se basa en tres condiciones; conocer y entender al menor, ofrecer seguridad, estabilidad y optar por la resolución de conflictos de manera positiva, no optando por el maltrato físico y psicológico (González & Román, 2012).

PROBLEMA

La investigación se realizó en torno a los siguientes objetivos: Determinar las competencias, parentales, características sociodemográficas y sociopsicológicas de padres y/o tutores de niños con problemas de conducta que asisten a UDIPSAI. Además, identificar si las competencias parentales de crianza socioemocionales, formativas, protectoras y reflexivas se encuentran en zona de riesgo, monitoreo o

en zona óptima. De tal manera que nos permita dar contestación a la siguiente pregunta ¿Los padres y/o tutores de niños con desórdenes conductuales poseen la suficiente competencia para satisfacer las necesidades del menor?

Las Competencias Parentales Vinculares son un conjunto de conocimientos y prácticas de crianza que lleva al padre y/o tutor a desarrollar un apego seguro y un adecuado desarrollo socioemocional en niños/as a través de muestras explícitas de afecto sean éstas físicas, verbales, visuales, escucha activa, etc. Las Competencias Parentales Formativas son conocidas también como prácticas de crianza didácticas o cognitivas, son aquellas estrategias que utilizan los padres y/o tutores para estimular el aprendizaje en el menor.

Las Competencias Parentales Protectoras están dirigidas a cuidar y proteger adecuadamente a los niños/as, cubriendo las necesidades del menor acorde a su etapa evolutiva, garantizando sus derechos, resguardado su integridad física, emocional y sexual. Las Competencias Parentales Reflexivas son aquellas habilidades para monitorear las prácticas parentales actuales y evaluar el curso del desarrollo del menor, como también permite una evaluación del autocuidado parental. Los desórdenes conductuales son manifestaciones de comportamientos hostiles que se dan en determinados contextos y bajo ciertos estímulos, muchos de ellos no pueden ser considerados como un problema puesto que pueden darse en algún momento del día por factores estresantes, desembocando una conducta desafiante a una autoridad, normas y reglas por periodos cortos; por otro lado existen comportamientos disruptivos que se convierten en un conflicto cuando están presentes en periodos prolongados (Mateo, s.f).

MÉTODO

El tipo de metodología que se utiliza es la cuali-cuantitativa. Se presenta una investigación de campo tomando como muestra a padres y/o tutores de 50 niños en una edad comprendida de 5 a 12 años, que se encuentran asistiendo a la Unidad de Diagnóstico, Investigación Psicopedagógica y de Apoyo a la Inclusión (UDIPSAI), diagnosticados previamente con problemas conductuales que no están asociadas a ningún trastorno.

La escala de Parentalidad Positiva (E2P) es un instrumento confiable que permite descubrir e investigar prácticas de crianza que tienen los progenitores y/o tutores que están a cargo de un menor (Suárez, Byrne, & Rodrigo, 2016). Constituido por 54 ítems con una consistencia interna de buena a excelente, con valores de Cronbach de 0.95 para el instrumento en total (Gómez & Muñoz, 2014).

El reactivo es de tipo Likert con cuatro opciones de respuesta: casi nunca, a veces, casi siempre y siempre. Consta de cuatro sub-escalas: Competencias Vinculares, Formativas, Protectoras y Reflexivas, que evalúan el total de la competencia parental positiva ubicándola en una zona de riesgo, zona de monitoreo y zona óptima, de la misma manera sucede para cada sub-escala (Gómez &

Muñoz, 2014). Se solicitó a (UDIPSAI) los permisos pertinentes para la realización de dicha investigación, el reactivo fue aplicado bajo la supervisión del investigador, la recolección de datos se realizó en octubre del 2017. Cabe recalcar que los datos omitidos para el procedimiento son: nombres y apellidos. Finalmente, para la obtención de los resultados se utilizó el software computacional SPSS.

RESULTADOS

La muestra de estudio estuvo compuesta por 50 personas de sexo femenino (94%) y sexo masculino (4%) cuyas edades están comprendidas 21 y 60 años. Su escolaridad va desde la elemental hasta la universitaria siendo la más alta un nivel de instrucción básica (48%), seguido de una educación media (30%), sin escolaridad (10%), universitario (10%) y nivel de instrucción técnico con el 2%. Por otro lado, en cuanto a ocupación el 62% se encuentran con empleo mientras que el 38% están desempleados. En cuanto a la variable estado civil 18% son solteros, 52% son casados, 12% divorciados, 2% viudo y 16% se encuentran en unión libre.

En relación a las características sociopsicológicas de Padres y/o Tutores de niños/as con Desórdenes Conductuales que reciben atención en UDIPSAI en la tabla 2, nos permite observar que las variables han sido subdivididas: en presencia (6%) o ausencia (94%) de un diagnóstico emocional, presencia (4%) o ausencia (96%) de consumo de sustancias.

En cuanto a la persona que se encuentra a cargo del menor se destaca que el 86% corresponde a la madre, 6% al padre y el 8% al abuelo/a. Del total de la muestra tomada en UDIPSAI se considera que el 34% se encuentra en zona de riesgo, 26% en zona de monitoreo, 40 % en zona óptima. En efecto la competencia total de la población de padres y/o tutores de niños con desórdenes conductuales muestra una competencia parental positiva óptima en un 40%. En este análisis de resultados se puede observar que la mayoría de la población en estudio llega a satisfacer las necesidades de niños con desórdenes conductuales. Los resultados obtenidos de las cuatro sub escalas de competencias parentales son los siguientes: Competencia Vincular: zona de riesgo (50%), zona de monitoreo (20%), zona óptima (30%). Competencia Formativa: zona de riesgo (22%), zona de monitoreo (34%), zona óptima 44%. Competencias Protectoras: zona de riesgo 26%, zona de monitoreo (36%), zona óptima 38%. Competencias Reflexivas: zona de riesgo 42%, zona de monitoreo (6%) y finalmente zona óptima (52%).

DISCUSIÓN

Dando cumplimiento a los objetivos se estima que los padres o personas que estén a cargo de un menor con desórdenes conductuales son competentes en la parentalidad para satisfacer las necesidades de los mismos. Los resultados de este artículo demostraron que la competencia parental total es positiva, sin embargo, demuestran que no existe una diferencia óptima con la competencia parental negativa

En el análisis de las variables sociopsicológicas se puede apreciar que existe una gran demanda en ausencia de problemas emocionales diagnosticados como el consumo de sustancias, indicadores positivos puesto que no nos estamos enfrentando a un problema social y de salud en esta muestra de estudio. Por otro lado, es necesario recalcar que las madres mantienen un mayor involucramiento en la crianza de los niños/as. Por otro lado, analizando el total de cada sub-escala del test, se puede apreciar que la competencia parental vincular se encuentra en zona de riesgo, es decir existen falencias en torno a un apego seguro y a un adecuado desarrollo socioemocional, por tanto, se puede expresar que no existe el suficiente involucramiento parental por medio de la calidez emocional y un acercamiento emocional positivo del niño hacia su progenitor y/o tutor.

En cuanto a las prácticas de crianzas didácticas y protectoras están ejercidas de manera correcta permitiendo a los niños/as gozar de todos los cuidados que proporciona el padre y/o tutor, como también existe establecimiento de normas y reglas. Al referirnos a cuidados se está hablando de vestimenta, nutrición, aseo e higiene personal etc. Por otro lado, es importante destacar que más de la mitad de la población en competencias reflexivas se encuentran en zona óptima, sin embargo, la zona de riesgo mantiene puntajes similares a la de zona óptima, de manera que existen ciertas falencias en: conocer y anticiparse ante ciertas dificultades que pueden surgir en el transcurso de la crianza, bienestar subjetivo y físico del padre o cuidador, mantener un clima familiar adecuado, etc.

REFERENCIAS

- Betancourt, D., & Andrade, P. (2011). Control Parental y Problemas Emocionales y de Conducta en Adolescentes. Revista Colombiana de Psicología. Obtenido de <http://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/17448/28672>
- Gómez, E., & Muñoz, M. (2014). Manual Escala de Parentalidad Positiva. Manual Escala de Parentalidad Positiva.
- González, R., & Román, Y. (2012). 2012. Save the Children, 5. Obtenido de <http://celappa.com/wp-content/uploads/2015/12/PDF-Educar-en-positivo.pdf>
- López, J., Martín, J., Cabrera, E., & Máiquez, L. (2009). Las Competencias Parentales en Contextos de Riesgo Psicosocial. Scielo. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592009000200003
- Mateo, V. F. (s.f.). Conceptualización del comportamiento disruptivo en niños y adolescentes. Conceptualización del comportamiento disruptivo en niños y adolescentes. Obtenido de <http://www.uv.es/femavi/Elda2.pdf>

MKSC10.- Impulsividad en Adolescentes de 15 a 17 años de edad

Estefannya Jerez Chabla y Elizabeth León Prieto
Universidad Católica de Cuenca

INTRODUCCIÓN

La impulsividad es considerada como una conducta desadaptativa, que implica preocupaciones en la sociedad actual sobre todo en los adolescentes, un estudio realizado en el año 2013 en Madrid sobre el tema Agresividad e Impulsividad, (Osorio, 2013) exponen que existen factores como imágenes en medios de la comunicación en diferentes contextos que trata de demostrar la relación de la impulsividad con otras variables dando como resultado que la impulsividad está implicada en conductas patológicas y cumple determinado criterio diagnóstico para numerosas enfermedades mentales, como por ejemplo trastorno por control de impulsos. Esta investigación desarrolla un estudio de la conducta impulsiva en los alumnos del Colegio Camilo Gallegos del Cantón Biblián, en donde se indagó sobre las características que presentan los estudiantes del quinto de bachillerato. La adolescencia emprende con la pubertad, trae consigo cambios fisiológicos que se hacen presentes en el desarrollo, los cambios funcionales marcan el inicio de la adolescencia, esto no significa que simplemente suceda a este nivel, sino que además se caracteriza, por cambios emocionales psicológicos y sociales siendo la impulsividad de gran importancia (Crespo, 2015).

En los adolescentes se espera la activación de las conexiones estructurales entre dos áreas clave durante la toma de decisiones que aún no son lo suficientemente fuertes como lo son en los adultos, estas dos áreas son la corteza pre-frontal dorso lateral, que se activa con tareas como la planificación del futuro, y el cuerpo estriado, que es parte del sistema de evaluación de recompensas, debido a la fuerza menor de conexión, la influencia de la corteza pre-frontal dorso- lateral sobre la evaluación de recompensas es limitada, establecida en la adolescencia, así prevalece la impulsividad. (Corcoles-Alcázar, 2015).

La impulsividad y la agresividad componen fisonomías de la personalidad que se encuentran comúnmente ligadas, en determinados contextos la impulsividad, puede originar reacciones agresivas espontaneas, considerándola, así como uno de los predictores más característicos de la agresividad. (José Manuel Andreu Rodríguez*, 2013).

PROBLEMA

La variedad de estudios ha creado un extenso debate entre investigadores y clínicos al momento de instaurar la relación entre uno y otro, reflejando así una gran cantidad de definiciones. La impulsividad y la agresividad componen fisonomías de la personalidad que se encuentran comúnmente ligadas, en determinados contextos la impulsividad, puede originar reacciones agresivas espontáneas, considerando así a la impulsividad como uno de los predictores más característicos de la agresividad. Esta investigación tiene como objetivos: Describir la impulsividad en adolescentes en los segundos de bachillerato del colegio Camilo Gallegos del Cantón Biblián. Además, determinar la presencia de impulsividad en alumnos del colegio Camilo Gallegos del cantón Biblián, así como también Identificar los niveles de impulsividad existente en los adolescentes, y Establecer relaciones entre niveles de impulsividad y variables sociodemográficas seleccionadas, de segundos de bachillerato del colegio "Camilo Gallegos" del cantón Biblián. Por lo que en esta investigación me incline al estudio de la conducta impulsiva en los alumnos del Colegio Camilo Gallegos del Cantón Biblián, en donde se indagara sobre las características que presentan los alumnos del quinto de bachillerato para por consiguiente según los resultados este grupo será de gran utilidad para el desarrollo de un taller psicoeducativo encaminado al manejo y prevención de actos impulsivos.

MÉTODO

Metodología.- estudio descriptivo de tipo cuantitativo, transversal. La investigación se realizó en el Colegio Camilo Gallegos, con 50 adolescentes de segundo de enseñanza media, de quince a dieciocho años.

Instrumento.- test de Plutchin que evalúa la existencia de conductas impulsivas, con un catálogo íntegro de alfa cronbach con un valor de 0,71. El total de las preguntas respondidas por los/as investigadas suman todos los puntos en los ítems los cuales están entre 0 y 45, pero investigadores proponen un punto de corte de 20 puntos. La escala de impulsividad muestra elevadas similitudes auténticas con la escala de riegos de violencia, indagación de sensaciones y con las extensiones de la personalidad del cuestionario E P Q: antisociable, psicoticismo, franqueza y neuroticismo. Las cuatro opciones de respuesta posible se puntúan de la siguiente manera: - Nunca= 0 - A veces= 1 - A menudo=2 - Casi siempre= 3. El total de las preguntas respondidas por los/as investigadas suman todos los puntos en los ítems los cuales están entre 0 y 45, pero investigadores proponen un punto de corte de 20 puntos (Miguel Ángel Alcázar-Córcoles A. V.-G.-S.-S., 2012).

Procedimiento.- la aplicación se realizó a los 50 estudiantes, adolescentes de 15 a 18 años de edad, se realiza la firma del consentimiento informado. Se manejó el factor de correlación de Pearson para identificar la relación de impulsividad y sexo, edad, lugar de residencia. Todos los análisis se efectuaron con el estudio estadístico SPSS adaptación 20 para Windows (Sabina, 2016).

RESULTADOS

Luego de realizar las investigaciones bibliográficas y aplicación del reactivo pertinentes al tema, con una muestra de 50 estudiantes del colegio “Camilo Gallegos” del Cantón Biblián entre las edades de 15 a 17 años de diferentes zonas de residenciales, se recaba la siguiente información sobre presencia de conductas impulsivas en este grupo etario. La investigación muestra que en el 98% de estudiantes investigados existe la presencia de impulsividad y el 2% de los estudiantes no muestran impulsividad, deduciendo un alto grado de impulsividad en la muestra de estudio. Relacionada con el sexo de los investigados, el 24% del género femenino presentan una impulsividad Leve y el 42% de género masculino presentan impulsividad Leve, la presencia de impulsividad se evidencia más el género masculino. En cuanto a las edades de 15 a 17 años, el 28% posee impulsividad Leve, siendo la cifra más alta, con un 6 % en impulsividad moderada y un 2% de impulsividad grave a los 15 años, mientras que el 22 % presenta impulsividad leve y con un 4 % en impulsividad moderada y grave a los 16 años de edad, y con un 16% de impulsividad leve, 4% moderado y un 2% grave en los 17 años. Según la Zona de Residencia tenemos en la zona Urbana el 2% de ausencia de impulsividad, el 2% impulsividad muy leve, el 16% en impulsividad leve, el 4% de impulsividad moderada y el 2% de impulsividad grave. En la zona rural se observa el 10% de impulsividad muy leve, el 50 % de impulsividad leve, el 10% de impulsividad modera y el 4 % de impulsividad grave. Descifrando una presencia de mayor impulsividad en la Zona Rural con un 50% en impulsividad Leve. En los resultados del estudio manifiestan que en el Colegio Camilo Gallegos Domínguez la existencia de Impulsividad lo que lleven a una indagación profunda, ya que los problemas que manifiestan los adolescentes del Colegio probablemente responden a otras circunstancias que engloban el ámbito familiar; en la cual se deben dar otras exploraciones, indagando en dificultades o conflictos de los estudiantes y así realizar una intervención eficaz como también optimar la calidad de vida de los colegiales de la institución y guiarles hacia un futuro exitoso.

DISCUSIÓN

Se concluye que la impulsividad es mantenedora y productora dentro de cada estudiante en donde se ha caracterizado las variables socio-demográficas; sexo, edad, residencia, luego de obtener los resultados de los niveles de impulsividad mediante el test de Plutchink en adolescentes, demuestra que existe la presencia de impulsividad dentro del grupo etario, con el noventa y ocho por ciento que oscila entre leve, moderado y grave.

Los adolescentes, experimentan cambios periódicos en su estado anímico, no se puede descuidar ante una señal de presencia de impulsividad guiados por sus estados de ánimo, los resultados obtenidos demuestran un alto índice de presencia de impulsividad, ya que si perdura por mucho tiempo interferirá y seguirá interviniendo en el desempeño personal, académico y social del adolescente.

Luego de las exploraciones asociativas, deducciones de los niveles de impulsividad y según las variables sociodemográficas, los resultados obtenidos permiten demostrar datos precisos para un diagnóstico, concluyendo que existe la presencia de impulsividad en adolescente perteneciente a la Zona Rural, predominando además ésta conducta con adolescentes del sexo masculino con la edad de 15 años, lo cual nos lleva a notar que al instante de la preparación del guión particular los adolescentes además de sufrir cambios emocionales y físicos importantes para su desarrollo, exteriorizan problemas internalizados como la impulsividad, sino que también trastornos externalizados que se convierte en dificultades hacia el medio en el que se encuentran, estos pueden ser relacionados a los grupos a los que cada estudiante pertenece o desea pertenecer, también se considera el lugar de residencia ya que se presentó más a nivel de las áreas Rural. Mingote, C. (2013). Además, se puede decir que la experimentación o exposición de diversos cambios tanto a nivel físico como emocional podría llevar a los adolescentes hombres y mujeres a sentir dificultades y confusiones para su vida.

REFERENCIAS

- Alcázar- Corcoles, M,A (163 DE 2015)Propiedades psicométricas de la escala de impulsividad de Plutchik. (P.B. Salud. / Entrevistado .L.J)
- Osorio, R. (2013). Association, Impulsividad y agresividad en adolescentes.Madrid
- Alcázar-Córcoles, M.A. (2015). A. V.-G.-S.-S. España Propiedades psicométrica de la escala de impulsividad de Plutchik en una muestra de jóvenes hispanohablantes (D. d. Salud., Entrevistador).
- Rural, M. C. (2013). Malestar de los Jovenes-El efecto de la impulsividad sobre la agresividad y sus consecuencias en el rendimiento de los adolescentes. (Dialnet, Entrevistador).

MKSC11.- Juegos y emociones de preadolescentes de escuelas públicas y privadas

Milagros Damián Díaz¹ e Irene Daniela Muria Vila²

Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM¹,

Facultad de Psicología UNAM²

INTRODUCCIÓN

En la Psicología del Desarrollo infantil hay muchos estudios sobre juego, pero faltan trabajos del desarrollo psicológico y la expresión emocional relacionados con las actividades del niño en la vida social y con el juego. Existe todavía un predominio claro de temas que relacionan el juego con problemas pedagógicos y otras cuestiones, más que con la expresión y canalización de las emociones en el desarrollo del niño. La función del juego en el proceso de emocional del niño y de la forma que éste adquiere en las etapas respectivas, tiene una importancia fundamental porque se centra en lo emocional, más que en aspectos cognitivos o intelectuales, la función emocional del juego, tiene una enorme significación para el desarrollo infantil, lo que implica que el juego tiene un lugar privilegiado por su invaluable capacidad emocional y que existe una relación entre el abandono emocional en el juego y la necesidad emocional de crear y desarrollar una identidad personal. Una parte importante de la fascinación del juego surge de la necesidad infantil de construir una identidad, la necesidad de conseguir una imagen de quién es uno y de conocer, aceptar y expresar sus emociones, logrando con esto prepararse psicológicamente.

Para comenzar ubicaremos el marco referencial la etapa del desarrollo cognoscitivo en la que se encuentran los niños de la muestra de esta investigación, siendo el de las operaciones concretas (Jean Piaget 1992) para dar paso a las etapas del juego y el desarrollo emocional. En esta etapa los niños entre los 7 y 11 años aproximadamente comienzan a adquirir operaciones cognoscitivas que permiten a los niños modificar y reorganizar sus imágenes y símbolos para llegar a una conclusión lógica. Los niños pueden solucionar con facilidad los problemas de conservación, pueden descentrar y muestran reversibilidad. Son capaces de reconocer que los objetos pueden variar en más de una dimensión y agrupar o clasificar en diversas formas (Hugges, 2006).

PROBLEMA

En esta etapa de operaciones concretas los juegos tienen ya un carácter más simbólico y los juegos infantiles serán ya aquellos que tienen una marca social formalizada y que están más sujetos a reglas y normas. El juego es constructivo del área social y se denomina juego de reglas, estos tipos de juego se irán consolidando en el desarrollo normal del niño y van cambiando conforme el niño va teniendo otras prioridades y acercamiento con su mundo externo, forman parte del crecimiento emocional de los menores, existiendo otros como el juego de imitación, personajes o ficción, el juego de azar, el juego estructurado y el juego libre, entre otros (Navarro 2002).

Los niños operacionales concretos pueden solucionar con facilidad varios de los problemas de conservación, pueden descentrar y muestran reversibilidad. Son capaces de reconocer que los objetos pueden variar en más de una dimensión y pueden ser agrupados o clasificados en diversas formas. Las capacidades operacionales evolucionan en forma gradual y secuencial mientras las habilidades más simples que aparecen primero se consolidan, combinan y reorganizan en estructuras mentales cada vez más complejas.

Los juegos con reglas aparecen al final de la edad preescolar y se extiende a lo largo de la edad escolar, pero aún los juegos simbólicos están provistos de reglas, ya que cualquier situación obliga a respetar reglas de conducta, aunque éstas no se formulen explícitamente ni por adelantado. Esto lleva a que los niños de acuerdo con estas etapas del desarrollo cognoscitivo, emocional y social realicen juegos y elijan diferentes juguetes.

El objetivo de este trabajo fue identificar, describir y analizar la elección de los juegos de preadolescentes, que practican en el colegio, en casa, para expresar sus emociones, con el fin de obtener información relevante para fundamentar la importancia y la utilidad psicológica del juego.

MÉTODO

Sujetos: participaron 2978 niños y niñas de grado escolar desde 4º a 6º de Primaria Superior, tanto de escuelas privadas y oficiales de edades comprendidas entre los 7 a los 15 años.

Aparatos, Instrumentos y Materiales: Cuestionarios impresos, Computadora, Grabadora, Mesas y sillas, lápices y colores.

Procedimiento, primera Fase: Aplicación del cuestionario el cual contempla los siguientes datos personales: fecha de nacimiento, edad, sexo, escuela, curso. Y las siguientes preguntas abiertas: ¿a qué juegas con tus amigos en la escuela y en tu casa?, ¿cuál es el juego que más te gusta y cómo se juega? Es permisible que los muchachos recurran para apoyarse en otras formas para transmitir la información que se les pide como dibujar, y en caso de que les den una interpretación a sus dibujos los aplicadores les preguntaron su significado y lo anotaron en una hoja anexada al cuestionario. Segunda fase: Se capturaron los datos, se clasificaron los juegos y se definieron (familia, oficios, super héroes, sexuales, agresivos, vínculos. Tercera fase: se analizaron y organizaron los datos recabados en los cuestionarios según las variables a estudiar, en la computadora con el programa SPSS.

Lineamientos generales de los programas de intervención: lo que los niños deben realizar para aprender las habilidades motrices. Materiales los necesarios para llevar a cabo las actividades, muebles infantiles, materiales propios del área

como son: grabadoras, espejos, crayones, apoyos físicos, plastilina, rompecabezas, pelotas de diferentes tamaños, barra de equilibrio, cuerdas, etc. Actividades lúdicas, juegos, ejercicios etc.

RESULTADOS

Para otros autores como Mead (1932, cit. en Berg, 2009) menciona que emocionalmente las etapas del juego son conocidas como la etapa del juego espontáneo (play) y la etapa de los juegos organizados (games). Mead concibió explícitamente estas etapas como etapas de desarrollo del yo, en las que el niño, usaría diferentes formas de jugar (roles) siendo el juego espontáneo sólo un medio para crear y lograr la identidad y sensatez emocional.

Se clasificaron los juegos y se definieron con base en la expresión de las emociones resultando los siguientes tipos de juegos:

Familia: aquellos que hacen referencia a la identificación con roles de los miembros de la familia. *Oficios*: a través de éstos hay una identificación con roles sociales, con la realidad laboral. *Superhéroes*: aquí se incluyen aquellos juegos en que la fuerza, vigor, invulnerabilidad, poder, acceso a otras realidades, fantasía y pensamiento mágico. *Sexualidad*: aquellos juegos en los cuales existe o se evidencia la sensualidad, la seducción, el poder de la masculinidad y feminidad, el miedo, la ansiedad, la angustia, la identificación psicosexual, los deseos prohibidos etc. *Agresivos*: en esta categoría es importante infringir y ostentar poder, fuerza, vigor, miedo, enojo, ira, astucia, rivalidad, competencia, como son los juegos: dinosaurio, peleas, pisar el pie, vaqueros, etc. *Vínculos*: aquellos juegos que sin ser miembros de la familia mantienen relaciones afectivas con personas, objetos y animales, de amor, ternura, suavidad, cercanía, lealtades.

Los resultados que presentan los mayores puntajes son:

En familia, los juegos de los niños de escuela pública (244) y privada (137) exhiben los puntajes más altos tanto en el contexto de casa (156) como en el de juego favorito (133). En los juegos super héroes el puntaje más alto se los llevan los niños de escuela oficial (150) en el contexto casa (74) y los niños de la escuela privada (123) en ese mismo contexto (83). En oficios los niños de escuela oficial (50) y en el contexto favorito presentan los mayores puntajes (23), incluso en casa son los niños de escuela privada son quienes presentan el mayor puntaje (18).

CONCLUSIONES

Bisquerra (2000) menciona que la clasificación de las emociones ha sido difícil de conseguir, ya que las emociones están en un eje que va del placer al displacer, por lo tanto, se puede distinguir entre emociones agradables y desagradables o emociones positivas y negativas para cada persona, que no tienen que ver con que sean buenas o malas. Menciona que las emociones básicas son

innatas, es decir, no se requiere de un aprendizaje social para manifestarlas, pero se encuentran otras que se desprenden de las esas, como los celos, culpa, vergüenza, sorpresa, envidia, entre otras, que podrían tener más un componente social. Así, la clasificación utilizada en esta investigación permitió conocer los juegos que expresan diferentes emociones adquiridas, y ver reflejadas sus emociones a través de los juegos. Berg (2009) describe las etapas del juego y de la identidad desde los primeros meses hasta la madurez:

La primera etapa amorfa - es aquella durante la cual el niño comienza a crear y formar una identidad al asumir las formas más simples de juego de rol. En esta etapa le niño ha aprendido a experimentar, aunque de una manera desarticulada e inconsciente, de que él mismo es un participante en la sociedad humana, en la que existen reglas sociales que proporcionan orden a la vida, junto con otras fuerzas, por ejemplo, las necesidades biológicas y experiencias emocionales fundamentales de unión y separación.

Por lo tanto, la lógica implícita de la etapa amorfa sería que no existe todavía una capacidad para diferenciar las formas, las identidades. Esta capacidad empieza a ejercitarse mediante la mímica y la imitación/repetición cuando ha empezado la imitación sistemática, uno de los aspectos importantes de ésta, es cuando el niño empieza a crear un orden desde un punto de vista subjetivo que cumple con las normas que se le indican desde el exterior.

La segunda etapa - es la correspondiente a la etapa de juego espontáneo: el niño descubre que puede identificarse a sí mismo como un niño o una niña o un adulto. Tiene lugar una verdadera explosión del juego de identidades, que corresponde bastante con el desarrollo lingüístico y que empieza cuando el niño toma conciencia de las palabras. El niño destina una gran cantidad de energía emocional para identificarse como caballero, princesa, soldado o pirata, bruja o hada. Se trata del deseo de crecer emocional y cognoscitivamente, probando las posibilidades y la confianza.

REFERENCIAS

- Berg, L.E. (2009). Etapas de desarrollo del juego en la construcción de la identidad infantil: una contribución teórica interaccionista. En red. el juego y el desarrollo emocional. universidad de Göteborg, Suecia.
- Bisquerra, A. R. (2000). Consideraciones sobre la clasificación de las emociones. En Educación Emocional y Bienestar. Barcelona España, Monografías Escuela Española.
- Delval, J. (1994). El Desarrollo humano. España, Siglo XXI de España Editores, S.A.
- Hugges, F.P. (2006). El juego su importancia en el desarrollo psicológico del niño y del adolescente. México: Editorial Trillas.
- Piaget J. (1992) Psicología y Pedagogía del juego. Barcelona. Agostini.
- Navarro, A. V. (2002): El afán de jugar. Teoría y Práctica de los juegos motores. Editorial Manual Moderno. México

JKSC12.- Adultos mayores. Diferencias entre sexos en hábitos de salud

Marisela Rocío Soria Trujano, Laura Santiago Santiago, Nancy Lara De Jesús, y Alexandra Adriana Mayen Aguilar
Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM

INTRODUCCIÓN

Según el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2016), en México, en el año 2010 había 17 adultos mayores por cada 100 personas jóvenes, en el año 2013 eran 19 por cada 100 y para el año 2030, se espera que haya 43 ancianos por cada 100 jóvenes. CONAPO (2014) señaló que, en este país, la Ciudad de México es la entidad con más personas ancianas, representando el 13.3% de la población total, y que para el año 2030 se espera que esta ciudad sea de una población envejecida pues el 20.45% de sus habitantes será de 60 años y más de edad. De hecho, todas las entidades del territorio mexicano mostrarán mayores proporciones de personas ancianas, pero la capital del país, el Estado de México, Veracruz, Jalisco y Puebla, seguirán concentrando el mayor número de ancianos. Además, indicó que el envejecimiento de la población será un gran desafío demográfico en cuanto a los servicios de salud, y que cada año habrá más demanda, para la atención de enfermedades crónico-degenerativas. Agregó que a pesar de que las personas hoy en día vivan más tiempo, no necesariamente se asegura mayor bienestar para los adultos mayores, puesto que el organismo, a mayor edad, sufre más deterioro. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012) aportó datos que indican que el 40% de la población adulta mayor en México, padece hipertensión, 24.3% diabetes, y un 20.4% hipercolesterolemia, siendo las cifras por sexo, las siguientes: hipertensión 46.2% mujeres y 32.9% hombres; diabetes 25.8% mujeres y 22.4% hombres; e hipercolesterolemia 23.6% mujeres y 16.7% hombres. Además, indicó que se presentan enfermedades del corazón, embolias, infartos cerebrales y cáncer; la depresión alcanzó en ese año un 22.1% de los casos femeninos y 12.5% de los masculinos; el deterioro cognoscitivo un 8.3% de mujeres y 6.3% de hombres, así como la demencia, un 9.1% de mujeres y 6.9% de hombres.

PROBLEMA

Carmona (2016) ha obtenido datos de investigación que indican que en la población de adultos mayores frecuentemente se presentan padecimientos que pueden llevarlos a la discapacidad. Este hecho se complica porque confluyen factores tales como el estrés, la obesidad, la falta de ejercicio y el consumo de tabaco y/o alcohol. Se ha reportado mala salud en los ancianos, sobre todo en las mujeres, identificándose hábitos de salud perjudiciales tales como: consumo de tabaco y/o de alcohol (siendo más frecuente por parte del sexo masculino), no asistir a consultas médicas preventivas, no seguir las recomendaciones del médico, no ser adherentes al tratamiento, consumir en exceso drogas médicas (las mujeres lo hacen más frecuentemente), no tener hábitos higiénicos y de alimentación adecuados, y no hacer ejercicio (Cardona, et al., 2010; Guimaraes, et al., 2014; Pérez, 2009). Muchos adultos mayores presentan dificultad para el consumo de sus

medicamentos, que en muchos casos es de tipo polifarmacia, debido a su deterioro físico y de tipo cognoscitivo principalmente. El sexo femenino es más vulnerable por mayor prevalencia de polifarmacia debido a enfermedades crónicas. De ahí que sea muy importante el hecho de que los adultos mayores tengan hábitos de salud que prevengan enfermedades crónicas que puedan generar discapacidad, y por ende su dependencia hacia otros, situación que puede afectar su autoestima y generar sintomatología depresiva. Así, el objetivo del presente estudio fue evaluar los hábitos de salud de mujeres y hombres adultos mayores.

MÉTODO

Participantes: Se evaluaron 300 adultos mayores (60 años de edad o más), de los cuales 150 fueron mujeres y 150 hombres, residentes de la Ciudad de México o del área metropolitana. Ninguno de ellos estaba viviendo en alguna residencia para ancianos, ni presentaba incapacidades físicas y/o cognitivas aparentes. La edad promedio de la muestra total fue de 67.5 años, para la muestra femenina fue de 66 años y para la masculina de 69 años. Se les contactó por vía vecinal, de amistades o familiares, siendo la muestra no probabilística, de tipo intencional, ya que se requerían participantes con características específicas. Se contó con su consentimiento informado. **Instrumento:** Se empleó el Perfil de Estrés de Kenneth Nowack (2002), en cuanto a su área de hábitos de salud. Se piloteó y el Alpha de Cronbach fue de .737, quedando 10 ítems que evalúan los siguientes hábitos: ejercicio, sueño, alimentación, actividades relajantes, ingesta de medicamentos, y revisiones/ análisis médicos. **Procedimiento:** Se aplicó el instrumento de manera individual, en el hogar o en el lugar de trabajo de los participantes. Se pidió que leyeran las instrucciones y expresaran si existía alguna duda para aclararla, de no ser así, se procedía a contestar los reactivos. **Análisis de datos:** Se obtuvieron datos porcentuales y se empleó la prueba t de Student.

RESULTADOS

En la muestra total (hombres y mujeres) destacó el nivel alto de hábitos de salud ($n= 245$, 81.3%); en segundo lugar, estuvo el nivel medio ($n= 54$, 18%); y finalmente, en tercer lugar se ubicó el nivel bajo ($n= 1$, .7%). La comparación por sexos, indicó un nivel alto para la mayoría de los participantes de ambas muestras; no obstante, el porcentaje para hombres fue menor (mujeres $n= 131$, 87.3%; varones $n= 114$, 76%); en el caso del nivel medio, los datos indicaron un porcentaje más alto para la muestra de los varones ($n= 35$, 23.3%) que para la muestra de las mujeres ($n= 19$, 12.7%); en lo que respecta al nivel bajo, los datos para las participantes de la muestra de mujeres ($n= 0$, 0%) y para los participantes de la muestra de los hombres ($n= 1$, 1.7%) fueron muy similares. En cuanto a los análisis estadísticos, no se pudo establecer una diferencia significativa entre ambas muestras; sin embargo, sí se encontraron diferencias para algunos ítems: "Desayuno todos los días": $t_{298} = 1.221$ p

DISCUSIÓN

En la vejez se presentan múltiples cambios físicos y psicológicos en los adultos mayores, que implican un incremento en las demandas de servicios de salud y de cuidados al anciano por parte de familiares y en algunos casos, de cuidadores tales como del personal de enfermería, lo cual representa egresos económicos que pueden afectar la vida familiar. Es muy importante el hecho de que los adultos mayores tengan hábitos de salud que prevengan enfermedades crónicas y/o discapacitantes, y por ende su dependencia hacia otros, con el fin de evitar consecuencias que deterioren todavía más la calidad de vida de los ancianos, tal como sería el caso de la presencia de sintomatología depresiva que puede generar pensamientos y/o intentos suicidas. En el presente estudio, los resultados indicaron que la mayoría de los participantes señalaron tener buenos hábitos de salud; las mujeres en mayor proporción, reportaron con más frecuencia buenos hábitos de nutrición (desayunar, comer y cenar de manera regular, y alimentarse de forma balanceada) y de prevención (cumplir con las revisiones médicas y con los análisis clínicos necesarios, así como tomar los medicamentos como lo indicaba el médico) en comparación con los datos referentes a los hombres, algunos de los cuales mencionaron recibir ayuda de su pareja para poder mantener buenos hábitos de salud. En cuanto a realizar ejercicio, tanto las mujeres como los varones, mostraron deficiencia en este aspecto, pues muy pocos fueron los que señalaron ejercitarse 20 o 30 minutos, cuando menos tres veces a la semana, y esos pocos participantes, fueron más del sexo masculino. Limón y Ortega (2011) opinan que los buenos hábitos de salud son importantes en la vejez para tener una buena calidad de vida: hacer ejercicio, tener una dieta equilibrada, dormir el tiempo suficiente, no ingerir tabaco ni alcohol, y disminuir los niveles de estrés.

REFERENCIAS

- Cardona, D., Estrada, A., Chavarriaga, M., Ordóñez, J., Osorio, J. y Segura, A. (2010). Condiciones de salud percibidas por el adulto mayor institucionalizado. Medellín, 2008. Revista CES Salud Pública, 1 (1), 25-48. Recuperado de:
http://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/viewFile/1304/832
- Carmona, S. (2016). Factores que influyen en la condición de salud de los adultos mayores en situación de pobreza en Nuevo León, México. Población y Salud en Mesoamérica, 13 (2), 1-8. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/pdf/44643207002.pdf>
- Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2014). Proyecciones de la población 2010-2050. Recuperado de:
http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Proyecciones/Documento_Metodologico/HTML/files/assets/common/downloads/publication.pdf
- Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2016). En 2030 habrá 20.4 millones de adultos mayores: CONAPO. Disponible en:
<http://www.elfinanciero.com.mx/economia/en-2030-habra-20-millones-de-adultos-mayores-conapo.html>
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012). Resultados

- nacionales. Recuperado de:
<http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
- Guimaraes, G., Mendoza, M. A., López, M. A., García, J. A., Velasco, L., Beltrán, A., Valdez, P., Medina-Mora, M. E. y Camacho, R. (2014). Prevalencia y factores asociales al consumo de tabaco, alcohol y drogas en una muestra poblacional de adultos mayores del D.F. *Salud Mental*, 37 (1), 15-25.
Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2014/sam141c.pdf>
- Limón, R. y Ortega, M. C. (2011). Envejecimiento activo y mejora de la calidad de vida en adultos mayores. *Revista de Psicología y Educación*, 6, 225-238.
Recuperado de: <http://www.revistadepsicologiayeducacion.es/pdf/68.pdf>
- Nowack, K. (2002). *Perfil de estrés*. México: Manual Moderno.
- Pérez, A. B. (2009). *10 hábitos efectivos para la salud del adulto mayor*. México: Universidad Iberoamericana, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Instituto de Geriátría e Instituto de las Personas Adultas Mayores. Recuperado de:
http://www.feriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/10habitos_1.pdf

JKSC13.- Diseño de un entorno virtual para la gestión de proyectos de titulación en universitarios

Esperanza Guarneros Reyes, Argenis Josué Espinoza Zepeda, Brenda Real Estrada, Arturo Silva Rodríguez, J. Jesús Becerra Ramírez, José Manuel Sánchez Sordo

Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM

INTRODUCCIÓN

Pese a que es necesario que el alumno adquiera la habilidad de comunicar de manera clara y oportuna sus ideas en diversas carreras mediante sus modalidades de titulación, la implementación operativa ha tenido diversas modificaciones en las diferentes opciones de titulación, debido a que su seguimiento es complicado, ya que no existe un entorno adecuado que permita realizar todas las acciones formativas. De esta manera, se improvisan las acciones sobre la marcha del proceso, lo cual no permite el seguimiento. La posibilidad de titularse por estas situaciones se ve comprometida, además de descuidarse la calidad de los trabajos, ya que, al no contar con un sistema de gestión de dicho proceso, se desconoce qué actividades realizan los estudiantes, porque la comunicación y entrega de avances se realiza por correo electrónico o medios alternos y diversos, esto vuelve complicado cuando no existen los escenarios formativos para lograrlo, o cuando no tienen los protocolos. Ante esto se propuso el diseño e implementación de un sistema virtual de gestión, el cual como menciona Galvis, (1998) servirá para implementar redes conversacionales o virtuales con el fin de facilitar el proceso de titulación, la comunicación director-alumno, el intercambio con sinodales, un repositorio de materiales de apoyo, y guías y tutoriales de redacción y estilo del producto ya que los estudiantes deben aplicar conocimientos científicos, utilizar o generar modelos teóricos para comprender, transformar la realidad y a su vez poder implementar un aprendizaje abierto y a distancia.

Hipótesis: Los alumnos de las distintas carreras pueden incrementar la eficiencia terminal a partir de un entorno virtual de aprendizaje para el proceso de titulación.

Objetivo general: Diseñar un sistema de gestión virtual para el proceso de titulación.

Objetivos específicos:

1. Analizar las necesidades del entorno virtual de aprendizaje para tener un diseño de prototipo.
2. Diseñar el modelo instruccional que delinearé una estructura eficaz del entorno de aprendizaje virtual para el proceso de titulación.
3. Diseñar el sistema de evaluación, estructura de navegación y de

presentación e interfaz gráfica integrados al entorno virtual de aprendizaje para el proceso de titulación.

4. Desarrollar y construir el entorno virtual de aprendizaje para el proceso de titulación con componentes pedagógicos instruccionales, gráficos, de recursos multimedia e interactivos.

5. Diseñar un sistema de evaluación y seguimiento del entorno virtual de aprendizaje para el proceso de titulación.

6. Evaluar el entorno virtual de aprendizaje para el proceso de titulación e integrar las observaciones y recomendaciones producto de la evaluación.

7. Analizar la gestión del funcionamiento y los procesos de rendimiento como logs.

PROBLEMA

Los estudios sobre la eficiencia terminal generalmente sólo incluyen el índice de egreso y muy pocas veces agregan el índice de titulación, debido a que es común considerar que la tarea formativa de las IES termina cuando el alumno logra alcanzar el 100% de créditos de una carrera, sin embargo, para cerrar el círculo todavía falta una etapa más que consiste en la titulación. Sin embargo, la información de titulación, que también forma parte de la eficiencia terminal, escasamente se reporta debido a que la mayoría de las veces el seguimiento a egresados es deficiente, además las limitaciones de las aplicaciones que se tienen en las administraciones escolares de las IES carecen de Interfaces funcionales para hacer accesible esa información (Silva, 2016). Ante la preocupación de la eficiencia terminal, el actual Plan de Desarrollo Institucional 2015-2019 del Rector de la UNAM indica en el primer programa estratégico, línea 1.10 de Eficiencia terminal: Diversificar las modalidades de titulación con el objetivo de mejorar la eficiencia terminal y elevar los índices de titulación y graduación dentro de los tiempos reglamentarios. Por tal motivo, es necesario que el alumno adquiera la habilidad de comunicar de manera clara y oportuna sus ideas en diversas carreras. Sin embargo, la implementación operativa ha tenido diversas modificaciones en las diferentes opciones de titulación, debido a que su seguimiento es complicado, ya que no existe un entorno adecuado que permita realizar todas las acciones formativas.

MÉTODO

Para diseñar el sistema virtual de aprendizaje y gestión para incrementar la eficiencia terminal en el procesos de titulación en distintas carreras universitarias, se siguió la metodología propuesta por Mendoza y Galvis (1999) para el diseño de ambientes virtuales de aprendizaje basada en el On Line Learning & Training o aprendizaje y entrenamiento en línea el cual consiste en un proceso iterativo, es decir cíclico porque se puede regresar para revisar las etapas anteriores, y redefinir el proceso. Esta metodología se compone en cinco fases: análisis, diseño, desarrollo, evaluación y administración.

Debido a la naturaleza de dicha metodología se requirió el trabajo en conjunto de un equipo multidisciplinario compuesto por el director del proyecto y diseñadores de la instrucción, expertos del área de conocimiento, administrador del proceso de aprendizaje, administradores del sistema, programadores, asesor legal, editores, experto gráfico, webmaster e instructor.

Para el análisis en esta fase fue necesario responder las siguientes preguntas: ¿Cuál es el propósito?; ¿Cuáles son los objetivos?; ¿Quiénes y cómo son los aprendices y los instructores?; ¿Cómo es el ambiente de trabajo de los aprendices? y ¿Cómo son los recursos tecnológicos de las personas involucradas en el sistema?

En cuanto al diseño, se siguieron las especificaciones del análisis y se esquematizó en cuatro documentos lo siguiente: El diseño instruccional del sistema, sistema de evaluación, estructura de navegación y de presentación y diseño de la interfaz gráfica.

Para el desarrollo: En esta etapa se configuró integrando los elementos pedagógico instruccionales, de html, multimedia, virtuales y digitales que el diseño dictó. En cuanto a la evaluación: Se realizó una evaluación como Driscoll, (1997) recomienda en grupos: Evaluación del experto en contenido. Evaluación de prototipo rápido. Evaluación de clase. Evaluación de sus pertinencias para facilitar la titulación y de esta manera incrementar la eficiencia terminal. Por su parte en la administración: Se revisó el funcionamiento y se gestionaron los procesos del manejo del sistema.

RESULTADOS

Dada la metodología a seguir en el presente proyecto, la fase de evaluación fungió como una recabación de resultados preliminar, ya que en ella se midió la eficiencia del sistema de gestión y su funcionalidad. Al concluir las cinco fases descritas en la metodología de este trabajo, se solicitó a académicos y directores o asesores de trabajos de titulación en sus diversas modalidades, de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala UNAM, implementaran el sistema de gestión virtual para la gestión de proyectos de titulación, en su ejercicio de asesoría.

Los Académicos, directores y asesores reportaron, mediante una encuesta de satisfacción de la navegación, contenidos del sitio y espacios de aprendizaje, revisión y retroalimentación que el sitio es funcional, y que además de permitir un respaldo de la información de los proyectos de titulación, facilita la comunicación en tres diferentes niveles; director -alumno, directo - asesor y asesor - alumno.

La encuesta que se aplicó a los académicos constó de 25 preguntas divididas en las siguientes categorías: Experiencia del usuario, evaluación del alcance de los aprendizajes esperados establecidos, la relevancia de los

contenidos técnicos, de estilo y tutorales, actividades de aprendizaje, sistemas de evaluación y la estructura del curso. Entre los reactivos con mayores puntuaciones positivas, destacan; “Las actividades de este curso son relevantes para mi aprendizaje”, con un 69%; “La interfaz me permite navegar con facilidad para realizar mis actividades”, con un 77%; “Es relevante para mi formación profesional”, con un 85% y “me siento cómodo con éste sistema porque me permite trabajar a mi ritmo con un buen respaldo de la información”, con un 100%, entre otras.

Por otro lado, cabe mencionar que dicha encuesta fue presentada a los estudiantes egresados en proceso de titulación obteniendo resultados semejantes, ya que el entorno virtual de gestión para procesos de titulación facilitó y respaldó la información relacionada al proceso tutorial.

DISCUSIÓN

Sin duda alguna, con anterioridad, la eficiencia terminal en alumnos universitarios se ha visto mermada por el complicado proceso de seguimiento, y aunado a esto, no se cuentan con registros concretos de las actividades que los estudiantes realizan durante su proceso de titulación. Con el entorno virtual para la gestión de proyectos de titulación en universitarios, se lograron resolver ambas necesidades; La primera de ellas fue cubierta con los espacios de tutorías mediante Videollamadas y el sistema de gestión de entregas periódicas, al éstas brindar un respaldo de los acuerdos establecidos con cada entrega. Por otro lado, el registro de las actividades fue cubierto ya que en este entorno virtual el director del proyecto de titulación contó con un fácil acceso a la información enviada por su tutorado con el único requisito de contar con acceso a internet.

Uno de los grandes puntos benéficos a considerar del sistema virtual de gestión de proyectos de titulación es que el mismo, puede brindar los insumos necesarios para poder alimentar y respaldar la información estadística de las jefaturas de distintas carreras, tanto de la UNAM, como externas, ya que cuenta con registros claros, precisos y detallados de las actividades realizadas por los alumnos y sus directores en sus diversos procesos y proyectos de titulación.

Es preciso mencionar que el objetivo del trabajo fue alcanzado, ya que se logró diseñar el sistema de gestión virtual para el proceso de titulación y éste fue extendido a diversas modalidades de titulación, así como a diversas carreras y universidades debido a variedad de contenidos y versatilidad en la programación de actividades de aprendizaje, por lo que se recomienda realizar investigación con datos estadísticos precisos como los aquí brindados para poder conocer con mayor certeza las necesidades de la población estudiantil universitaria y enriquecer nuestro ejercicio docente, tutorial, y nuestra calidad operativa.

REFERENCIAS

- Driscoll, M. P. (1997). Nuevas tecnologías y su impacto en la educación del futuro. *Pensamiento educativo*, 21(2), 81-91.
- Galvis, P. A. (1998). Ambientes virtuales para participar en la sociedad del conocimiento. *Informática Educativa*, 11(2), 247-360.
- Graue, W., L., E. (2017). Plan de Desarrollo Institucional 2015-2019. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Mendoza, B. P. y Galvis P. A. (1999). Ambientes virtuales de aprendizaje: una metodología para su creación. *Informática Educativa*, 12(2), 295-317.
- Silva, A. R. (2016). La Educación a Distancia en la UNAM. Una semblanza desde el SUAyED. Capítulo 3: Trayectorias escolares y eficiencia terminal. *Psicología*, 55-95.

JKSC14.- Infidelidad y valores en parejas mexicanas

Karen Isela Cortés Valle¹, Karen Isela Cortés Valle¹, Martha Isabel Rodríguez Piñeyro¹, Jonathan Ricardo Vega Ortíz¹, y Ana María Riquelme Viguera²

Universidad La Salle¹

Universidad Nacional Autónoma de México²

INTRODUCCIÓN

Los valores en la actualidad son cambiantes, por lo cual la existencia de la infidelidad es arbitraria, es decir, las personas tienen una dinámica que día a día pueden denominar como correcta, por lo cual no hay un valor fijo o un motivo específico de las personas para realizar esta acción. Por otro lado, se menciona que el ser humano es cambiante tanto física como psíquicamente, por lo tanto el cambio de pareja o la búsqueda de una experiencia nueva son por causas del factor emocional en las relaciones. Esto ligado al concepto de infidelidad de las personas, es decir, no es el mismo concepto para cada uno; el resultado de esto es la presencia en diferentes formas: física, mental o emocional.

a. Infidelidad en la Actualidad, cambio en la sociedad - La infidelidad está presente en la vida cotidiana de la sociedad actual actuando como un factor que quebranta las tendencias religiosas y de orden tradicional de la sociedad. Causa principal de la infidelidad es la monotonía de las relaciones sexuales y la búsqueda de experiencias nuevas (González, Martínez-Taboas & Martínez, 2012). Se establece que las mujeres, a pesar de tener una mayor libertad sexual, siguen necesitando de un vínculo emocional con la pareja. Se presenta la infidelidad femenina como un acto de resistencia a la nueva modalidad de libertad ya que su ideal de mujer y sujeto deseante no conlleva la infidelidad. Se menciona que las mujeres infieles tienden a ser más independientes y buscar un trato respetuoso y equitativo en el trabajo. Se ve a la infidelidad como un mecanismo de adaptación a las nuevas creencias de la sociedad (Yáñez & Rocha, 2014).

Ambos sexos mencionan que las necesidades o carencias se les han presentado en las áreas emocional y sentimental, reportando en mayor medida falta de amor y atención (Espadas, 2012).

b. Causas de la infidelidad - Dentro de la infidelidad, el enganche se fortalece en la medida en que uno o ambos protagonistas conlleven carencias emocionales que se vean satisfechas en la unión amorosa. Es por esta razón que las posibilidades de colusión se intensifican en los amores clandestinos (Tapia, 2015).

c. Valores - Según Steinfath (2014) los valores son producto de cambios y transformaciones a lo largo de la historia. Surgen con un especial significado y cambian o desaparecen en las distintas épocas.

Es precisamente el significado social que se atribuye a los valores uno de los factores que influye para diferenciar los valores tradicionales, aquellos referidos a costumbres culturales o principios religiosos, y los valores modernos, los de la sociedad actual (Sandoval, 2012). La fidelidad es una respuesta ante los compromisos que se adquieren con libertad. La fidelidad es la correspondencia entre lo ofrecido y lo que se hace (Velázquez, 2012). Woods (2012) nos plantea que a pesar de esta nueva forma tan liberal de pensar, los hombres siguen siendo la mayoría que engaña más veces ya que además de que la infidelidad tiene una connotación negativa, la sociedad patriarcal sigue protegiendo más los varones que las mujeres, lo cual limita esta nueva expresión de las mujeres.

PROBLEMA

La actualidad también ha modificado los valores con lo que la infidelidad queda sin represiones, ya que los valores de antes ya no aplican para las nuevas sociedades y están una etapa de adaptación y asimilación por las mismas personas. Lo cual hace a los valores positivos casi irrelevantes a la hora de hablar de infidelidad. (Cervantes, 2017). *En cuanto a la pregunta de investigación se planteó:*

¿Cuál es la relación que existe entre los valores y la infidelidad en las relaciones de parejas en la Ciudad de México?

MÉTODO

En el presente trabajo participaron 200 personas de las cuales 99 fueron mujeres (49.5%) y 101 fueron hombres (50.5%) de la Ciudad de México.

Muestreo: Muestra no probabilístico- sujetos voluntarios. Criterios de inclusión: Mayores de 18 años, que tuvieran una relación en el momento de la aplicación del instrumento, residentes de la Ciudad de México. Criterios de exclusión: Participante que no contestaron alguna de las escalas aplicadas.

El tipo de estudio fue Correlacional y el tipo de diseño No experimental transversal correlacional.

Para llevar a cabo la investigación se utilizaron dos escalas que miden la infidelidad en la pareja y los valores de la persona. A continuación, se mencionan los instrumentos así como sus características principales.

a) Los valores fueron medidos con el Cuestionario de Descripciones Valóricas (CDV-40) de Sainz (2003) en su versión masculina y femenina, cada uno se compone de 40 ítems. El coeficiente de confiabilidad de la prueba es de 0.71 (Verde, 2012). b) Escala de Conducta Infiel de Romero, Rivera y Díaz-Loving (2007) con 51 ítems. La confiabilidad de la prueba es de .90 (Romero, Rivera & Díaz-Loving, 2007).

En cuanto al procedimiento, dichos instrumento fueron contestados por participantes voluntarios seleccionados a partir de un muestreo no probabilístico accidental en la Ciudad de México. Los participantes fueron contactados en vías y lugares públicos. Se les pidió a las personas contestar con la mayor veracidad posible, asegurándoles que la información recabada sería confidencial y que los datos serían tratados estadísticamente por lo que se mantenía su identidad en anonimato.

RESULTADOS

Posteriormente se capturaron los datos obtenidos en una base de datos en el programa SPSS y se procedió a realizar los análisis estadísticos correspondientes. El análisis factorial de componentes principales con rotación ortogonal arrojó los siete factores que compone el instrumento y que explica el 61.270% de la varianza. Esta escala tiene un KMO de .732 que nos indica un buen índice de correlación y varianza acomodada y una Significatividad de .000 que es bueno.

La dimensión de Deber Ser-Represión (personas que son religiosas, organizadas y pacifistas) es la que posee una relación con todos los tipos de infidelidad con correlaciones que van del .158 hasta el .293. La segunda dimensión que se relaciona con la infidelidad es el respeto y justicia (Personas que son obediente y respetuosa con las demás personas, principalmente con los adultos; lucha por la justicia y la igualdad) con la dimensión de interés por personas ajenas a la relación de pareja, deseo de infidelidad y búsqueda de nuevas experiencias. La dimensión de Poder (Persona arriesgada, con iniciativa y que gusta de dirigir y dar órdenes) se relaciona con las dimensiones de Traición a la pareja e interés por personas ajenas a la relación de pareja. La dimensión de Liderazgo (Persona que le gusta ser líder y tomar las decisiones, que disfruta la vida y cuida la naturaleza) se relaciona con la infidelidad emocional y la infidelidad sexual. Por último, se relaciona la dimensión de Egoísmo (Persona que quiere ser exitosa, impresionar a los que la rodean, mostrar sus habilidades y ser admirado) con interés por personas ajenas a la relación de pareja. Las dimensiones de valores: Valores positivos y éxito no están relacionadas con la infidelidad.

Los hombres con valor de liderazgo están relacionados con la infidelidad sentimental. El hombre Deber Ser-Represión está relacionado con la infidelidad emocional.

Por su lado las mujeres también con el valor Deber Ser-Represión se relacionan con todos los tipos de infidelidad. Siendo más común en ellas el deseo de infidelidad y búsqueda de nuevas experiencias. El valor de poder y egoísmo de la mujer ocupan las dos relaciones siguientes con el deseo de infidelidad.

DISCUSIÓN

González et al. (2012) nos mencionan que la sociedad está cambiando haciendo que el factor de tendencias religiosas y orden tradicional se vea quebrantado. Haciendo que a su vez la infidelidad se vea como algo permitido dentro de la nueva sociedad actual. Esto se reflejó en las correlaciones al ser el factor Deber Ser-Represión con todos los tipos de Infidelidad, explicando que las personas que viven una mayor represión social son más propensas a cometer infidelidad. Sandoval (2012) refuerza esto por los cambios de valores que menciona entre valores tradicionales y los valores modernos.

Por otro lado, en las correlaciones se vio una relación entre las mujeres y la infidelidad emocional. Lo que respalda que las mujeres, a pesar de tener una mayor libertad sexual, aún requieren de un vínculo emocional como respuesta de su adaptación a las nuevas creencias de la sociedad (Yáñez & Rocha, 2014). También se cree que los hombres buscan en la infidelidad el valor sexual (Espadas, 2012), pero esto se refuta ya que, en la correlación, tanto hombres como mujeres afirman necesitar principalmente el factor emocional. Asimismo, los hombres después de buscar el factor emocional, buscan la infidelidad sexual y posteriormente la búsqueda de nuevas experiencias, respaldando lo que dice Block (2013) que en diversas especies incluida la humana, los hombres presentan tendencias a buscar variedad sexual sobre todo después de una relación de largo tiempo.

Por otro lado, los motivos de la infidelidad se relacionan con la búsqueda de realización personal y expansión del yo. La persona actúa dándole permiso a su libertad y satisfacción sexual (Tapia, 2015). Esto se corrobora con la correlación de hombre y mujeres en la cual el factor Egoísmo tiene relación con la infidelidad sexual. Haciéndose notar que en la actualidad la búsqueda de interacción personal está en cierta forma relacionada con la infidelidad dentro de las parejas. Finalmente, Steinfath (2014) menciona que los valores son producto de cambios y transformaciones a lo largo de la historia. Surgen con un especial significado y cambian o desaparecen en las distintas épocas. Lo que reflejan estos hallazgos, cuando se ve que las mujeres con el valor de poder y justicia, son las que poseen deseo de infidelidad, designando que las mujeres ahora empoderadas y trabajadoras son más proclives a desear ser infieles.

REFERENCIAS

- Block J. H. (1979) Another Look at sex differentiation the socialization behaviors of mothers and fathers. *Psychology of women: future directions of research, Psychological dimensions*, New York, pp. 29-87.
- Cervantes, P. M. (2017). Instituto De Investigaciones Estratégicas De La Armada De México. Recuperado el 25 de Noviembre de 2017, de http://www.cesnav.edu.mx/ININVESTAM/docs/docs_opinion/do_14-17.pdf
- Espadas, X. (2012). Alta infidelidad: Nuevos paradigmas en la literatura. La

- Colmena Universidad Autónoma del Estado de México, 167-169. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=446344571026>
- González, J., Martínez-Taboas, A., & Marínez Ortiz, D. (2012). Factores Psicológicos Asociados a la infidelidad sexual y/o emocional y su relación a la búsqueda de sensaciones en parejas Puertorriqueñas. *Revista puertorriqueña en Psicología*, 59-81. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/2332/233216361004.pdf>
- Romero P., A., Rivera. S., & Díaz-Loving, R. (2007). Desarrollo del inventario multidimensional de infidelidad (IMIN). *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 121-171. <http://www.redalyc.org/pdf/4596/459645446008.pdf>
- Sánchez, I. G. (2012). Esperanza Para La Familia, A. C. Obtenido de <http://www.esperanzaparalafamilia.com/Rev/Articulos/PDFs/PDF0161.pdf>
- Sandoval, M.M. (2012). Sociología de los valores y juventud. *Última década*, 15(27), 95-118.
- Saiz J. (2003). Valores en estudiantes universitarios mapuches: una visión transcultural de su contenido, estructura y jerarquía [tesis para optar al grado de Doctor en Psicología]. Santiago de Chile: Universidad Católica de Chile.
- Steinfaith, H. (2014). Emociones, Valores y Moral. *Universitas Philosophica*, XXXI (63), 71-96. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40953395800>
- Tapia, B. P. (2015). Teoría Triangular Del Amor Y Teoría Del Compromiso En La Psicoterapia De Pareja. Universidad Católica Boliviana. Obtenido de <http://redesdigital.com.mx/index.php/redes/article/view/225>
- Velázquez, D. M. (2005). El rostro de la amistad en el noviazgo. Recuperado de <http://www.autorescatolicos.org/misc10/mariavelazquezdoranteselrostro.html>
- Verde, M. A. (2012). Los valores y el majo del conflicto como predictores del funcionamiento familiar (Tesis de Licenciatura). UNAM. Ciudad de México.
- Woods, F. (2012). ¿Es verdad que los hombres son más infieles que las mujeres? Obtenido de BBC: http://www.bbc.com/mundo/noticias/2012/06/120602_cultura_infidelidad_mujeres_hombres_encuestas_jrg
- Yáñez, C. K., y Rocha Sánchez, T. E. (2014). Experiencias y significados de la infidelidad femenina. *Psicología Iberoamericana*, XXII (2), 25-35. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133938134004>

JKSC15.- Normas y exigencias familiares con adolescentes que presentan problemas conductuales

Paola Gabriela Ordóñez Santander y Sandra Maribel Barros Bernal

Universidad Católica De Cuenca

INTRODUCCIÓN

En los modelos bidireccionales según menciona López et.al (2012) se considera que existe una influencia mutua entre padres e hijos, es decir, tanto la conducta del adolescente como su desarrollo socioemocional estarían influidos por las prácticas de crianza, entendidas como comportamientos observables de los padres desde la primera infancia. Pero a su vez, el propio comportamiento del niño, así como otra serie de factores característicos del mismo, estarían modulando progresivamente este tipo de prácticas parentales.

Numerosos estudios han tratado de relacionar la conducta agresiva no sólo con los distintos estilos de crianza, sino también con otros constructos más concretos referentes a la interacción diaria con los hijos. Uno de estos es el establecimiento de límites, también denominado disciplina en algunas ocasiones, que hace referencia a la consistencia de las normas establecidas por los padres y la inducción razonada hacia su cumplimiento por parte de los hijos (Raya, Pino, & Herruzo, 2009). Es necesario asegurar como menciona Torío et.al. (2008) que la mayor parte de padres no tienen un estilo de crianza específico o bien presentan pautas de crianza contradictorias. Además, como los padres utilicen cada uno de los estilos no será sin repercusiones, al contrario, los diversos modelos tendrán consecuencias en la conducta y adaptación prosocial y emocional del niño (Izzedin & Pachajoa, 2009). De esta forma según las entrevistas y valoraciones realizadas en UDIPSAI se han observado múltiples casos de adolescentes que presentan problemas conductuales, por lo que es pertinente investigar las normas y exigencias familiares para conocer los estilos de crianza desde una perspectiva tanto de padres o representantes como de los usuarios y definir si existe influencia de dichos estilos en el comportamiento. Es por ello que el presente artículo hace referencia a las normas y exigencias familiares de adolescentes que presentan problemas conductuales, pretende analizar la percepción tanto de adolescentes hijos como de padres o representantes acerca de los factores inductivo, rígido e indulgente utilizados como método de crianza en el hogar. En esta investigación al hablar de normas y exigencias se hace referencia a los límites y reglas que se mantienen en el hogar con los adolescentes que presentan problemas conductuales, en especial los que se muestran agresivos, irritables, presentan conductas opositoras por lo que es importante conocer acerca de las exigencias que se mantienen dentro del sistema familiar.

PROBLEMA

Los objetivos planteados en el presente trabajo son: Conocer la percepción de los hijos adolescentes que presentan problemas conductuales en cuanto se refiere a las normas y exigencias impuestas por sus padres o representantes. Determinar la percepción de los padres acerca de normas y exigencias. Relacionar la relación que existe entre la percepción de padres e hijos sobre las normas y exigencias.

Es importante para el funcionamiento de una familia el establecimiento de límites y reglas, éstos deben ser claros y definirse de la manera más precisa ya que los límites demarcan el espacio entre los miembros de un grupo familiar (Puello, Silva, & Silva, 2014). La aplicación de normas, reglas, límites y exigencias son considerados importantes factores de protección y su aplicación se puede apoyar en principios de la psicología conductual del condicionamiento operante (Garnica, Robles, Sánchez, & Juárez, 2013).

Según menciona Montañés et.al. (2008) “las relaciones de los padres con los adolescentes y la existencia o no de conflictos, están muy condicionadas, por los estilos educativos empleados dentro del contexto familiar”. Sin embargo, los padres, madres o personas que están a cargo del cuidado de los adolescentes no se comportan en base a un solo estilo educativo, sino que utilizan varios estilos dependiendo de las situaciones. En definitiva, los estilos educativos, son los métodos o estrategias que se utilizan para influir en el comportamiento de los hijos e hijas, de esta forma se corrigen y se orienta su educación; además los estilos educativos incluyen habilidades como el aprendizaje de la comunicación, la imitación y el desarrollo de diferentes habilidades (Estupiñán, 2015). Ramírez (2005) plantea que las prácticas de crianza que utilizan los padres se relacionan con los problemas conductuales en los hijos.

MÉTODO

La investigación realizada es un estudio de campo que se llevó a cabo en la Unidad de diagnóstico, investigación psicopedagógica y de apoyo a la inclusión UDIPSAI, participaron 50 adolescentes entre 12 y 19 años que presentan problemas de conducta y los correspondientes padres o representantes en el período de octubre y noviembre de 2017. La información se obtuvo mediante la Escala de Normas y Exigencias que está destinada a padres e hijos adolescentes, se aplicó de manera individual, por una parte, a cada uno de los padres o representantes y por otro lado a los hijos.

El estudio tiene la característica de ser cuali-cuantitativo ya que nos otorga resultados medibles y comprobables y nos permite hacer una relación de la percepción de padres e hijos. De igual forma para la obtención de resultados se utilizó el programa informático SPSS. Esta Escala tiene como objetivo identificar las normas y reglas o estilos educativos que utilizan las figuras parentales, lo cual se

demuestra en el resultado de tres factores que son: inductivo, rígido e indulgente

Consta de 30 ítems a ser evaluados y se conforma por una Escala de normas y exigencias para padres ENE-P y una escala para hijos ENE-H; el reactivo contiene una escala de Likert que se compone de cinco respuestas y se puntúan de la siguiente forma: 1= nunca; 2 = pocas veces; 3 = algunas veces; 4 = a menudo; 5 = siempre. En cuanto al alpha de Cronbach se tienen coeficientes de 0,85, lo que indica un buen comportamiento psicométrico. Luego de obtener el consentimiento informado de padres y representantes de adolescentes que presentan problemas conductuales y acuden a UDIPSAI, se aplicó el instrumento de forma individual, bajo observación y supervisión del examinador

RESULTADOS

En lo referente a la percepción que tienen los adolescentes acerca de las normas y reglas que utilizan sus padres, se puede observar que de los 50 adolescentes que participaron en la investigación, 26 que corresponde al 52% responden a la forma inductiva, 22 jóvenes que conforman el 44% responden al factor rígido y 2 que suman el 4% forman parte del factor indulgente. Estos resultados indican que mayoritariamente la percepción de los jóvenes sobre normas y exigencias familiares corresponde al factor inductivo, seguido por el factor rígido y finalmente el factor indulgente con un porcentaje menor. De los 50 padres que participaron en la investigación 29 que corresponde al 58 % responden a la forma inductiva, 20 que conforman el 40% responden al factor rígido y 1 que implica el 2% responden al factor indulgente. Estos resultados dan a conocer que mayoritariamente la percepción de los padres sobre normas y exigencias familiares se inclina al factor inductivo, seguido por el factor rígido y finalmente el factor indulgente con un menor porcentaje.

En relación a la relación de la percepción de los padres con los hijos; se puede observar que de los 100 participantes de la investigación, el 26% de adolescentes y el 29% de padres responden al factor inductivo, 22% de adolescentes y 20% padres se inclinan hacia el factor rígido, finalmente 2% de adolescentes y 1% de padres responden al factor indulgente. Estos resultados indican que existe relación en la percepción de tanto de padres como de hijos con respecto a las normas y exigencias utilizadas en los estilos de crianza, se puede observar que padres y adolescentes están de acuerdo con que mayoritariamente se utiliza el estilo inductivo, seguido por el estilo rígido y el estilo indulgente con menor porcentaje, lo que implica una mayor confiabilidad en los resultados

DISCUSIÓN

En cumplimiento con el primer objetivo la percepción de los hijos adolescentes que presentan problemas conductuales en cuanto se refiere a las normas y exigencias impuestas por sus padres o representantes, demuestra que el sistema familiar se basa en el factor inductivo como método de crianza principal

con un porcentaje de 52%, en segundo lugar, encontramos el factor rígido con 44% y finalmente el factor indulgente con un porcentaje de 4%. Por lo tanto, los resultados demuestran que un estilo de crianza basado en la autonomía y democracia puede influir en problemas conductuales en adolescentes.

En cuanto al segundo objetivo sobre la percepción de los padres acerca de normas y exigencias se puede evidenciar que al igual que los hijos los resultados dan a conocer que el factor inductivo con un 58% es el que obtiene los porcentajes más altos, seguido por el factor rígido con 40% y el factor indulgente con 2% es por este motivo que según los datos del estudio los padres cuentan con normas y exigencias en donde existe respeto y conocimiento mutuo.

Se hace referencia también a la relación que existe entre la percepción de padres e hijos y satisfactoriamente estos datos coinciden, otorgando al factor inductivo un porcentaje significativo, por lo tanto los resultados arrojados demuestran que el punto de vista de padres e hijos es acerca de un estilo de crianza con normas y exigencias que están orientadas a un sistema democrático, de autonomía, respeto y conocimiento mutuo; de igual forma los resultados obtenidos del estilo rígido no se alejan con un gran porcentaje del factor inductivo, por lo que muchos padres utilizan también con sus hijos normas y reglas en base a este factor; por otro lado el estilo indulgente obtuvo valores mínimos y se demuestra de esta forma que los estilos educativos basados en este factor son menores en la muestra analizada.

REFERENCIAS

- Borrás T. Adolescencia: definición, vulnerabilidad y oportunidad. *scielo*. 2014;18.
- Garnica G, Robles R, Sánchez J, Juárez F. Mejoramiento de contingencias parentales y reducción de problemas conductuales en adolescentes. = Parental contingencies improvement and behavioral problems reduction in adolescents. *Psicol Iberoam [Internet]*. 2013;21(1):79–87.
- López, S., Fernández, A., Vives, C., & Rodríguez O. Prácticas de crianza y problemas de conducta en niños de educación infantil dentro de un marco intercultural. *Redalyc*. 2012;28:55–6
- Montañés M, Bartolomé R, Montañés J, Parra M. Influencia Del Contexto Familiar En Las Conductas Adolescentes. *Ensayos*. 2008;17:397.
- Puello Scarpati M, Silva Pertuz M. Límites, reglas, comunicación en familia monoparental con hijos adolescentes. *Divers Perspect en Psicol*. 2014;10(2):225–46.
- Ramírez M. padres y desarrollo de los hijos: prácticas de crianza. *Scielo*.

JKSC16.- Empatía, funcionamiento familiar y asertividad en estudiantes de odontología

**Sandra García Reyes, Víctor Ramírez Molina¹, Milton Ávila Rojas¹,
Briceida García Hernández¹, Erika Araceli Soria González David¹ y Gabriel
Luna Pérez²**

Instituto Politécnico Nacional¹ y Comisión Nacional De Arbitraje Médico²

INTRODUCCIÓN

La empatía se refiere a la habilidad para detectar pensamientos y emociones en terceros (componente cognitivo) y ajustar las propias emociones a las de éstos (componente afectivo). En el contexto de la salud y la práctica clínica, se resalta el componente cognitivo y la empatía ha sido definida como la habilidad del profesional de la salud para comprender las experiencias y sentimientos del paciente, y ser capaz de expresar dicha comprensión (Hojat, 2016). En la práctica odontológica, la expresión de empatía en la relación paciente-odontólogo ha demostrado múltiples beneficios clínicos como el decremento del miedo a procedimientos odontológicos, aumento de la confianza en el tratamiento y cooperación en pacientes pediátricos, mejora clínica y reducción del dolor, y la disminución en la probabilidad de presentar una queja médica (Datta et al., 2016). Incluso, la Asociación Dental Americana (ADA) la ha señalado como la segunda más importante competencia clínica para los odontólogos en formación (American Dental Education Association, 2002). Tanto la ADA como otros organismos internacionales recomienda la instrucción de la empatía como parte de la formación curricular de los estudiantes de esta área (Sherman & Cramer, 2005). Junto a la evidencia de sus beneficios, existe también evidencia de que la empatía disminuye en los estudiantes de las carreras del área de la salud, incluyendo odontología, en función del avance en su formación. Es decir, los estudiantes de primeros semestres son más empáticos que los de semestres finales. Este resultado, que ha sido reportado en Estados Unidos de Norteamérica y en la India, no ha sido obtenido en países latinoamericanos, y en México, en los cuales la empatía o se mantiene constante o bien aumenta. Sin embargo, aunque no libre de controversia, un resultado más estable ha sido el que existe una diferencia entre sexos en el nivel de empatía, a favor de las mujeres. Ante este hecho y dadas las recomendaciones acerca de su instrucción, es viable plantear la realización de ésta con la intención de fortalecer la empatía en estudiantes de la carrera de odontología hombres y mantenerla en mujeres.

PROBLEMA

Si bien se ha recomendado la instrucción de la empatía en los estudiantes del área de la salud, incluyendo odontología, existe escasa investigación acerca de los factores relacionados con esta habilidad. Dicha situación ha ocasionado que los

programas de instrucción en empatía sean una colección de actividades carentes de fundamento teórico. La empatía es una habilidad sensible a factores socioculturales, lo que ayuda a explicar los datos que indican su reducción o no en los estudios a la fecha realizados. Además, al presentar una asimetría ligada al sexo, es posible que factores relacionados con la empatía afecten diferencialmente a hombres y mujeres. Recientemente se reportó que el funcionamiento familiar está relacionado con el nivel de empatía en estudiantes de odontología latinoamericanos (e.g., Anaya, Navarrete, & Amador, 2014). Aunque no se demostró diferencias ligadas al sexo al respecto. La empatía, como un elemento de la comunicación, ha sido también relacionada con la asertividad. Dada la evidencia de que las mujeres son mejores en tareas verbales respecto de hombres, se podría suponer que ellas son más asertivas y que esto se relaciona con la empatía. No obstante, no existe evidencia al respecto. Considerando que en las últimas ha ocurrido un amplio incremento en el número de estudiantes y profesionistas en odontología (Novelo-Arana, 2013) en México, y dadas las bondades de la empatía en la calidad de su atención a la salud, se plantea este estudio que tiene por objetivo identificar si existe una asociación entre asertividad y funcionamiento familiar con el nivel de empatía en estudiantes de la carrera de odontología.

MÉTODO

Participantes: Mediante una técnica no probabilística de conveniencia se reclutaron 200 estudiantes de la carrera de odontología inscritos en el Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud Unidad Milpa Alta, del Instituto Politécnico Nacional. Su edad promedio fue de 20.88 (DE = 1.92) años y el 64.5% fueron mujeres. La participación fue voluntaria siguiendo lineamiento éticos nacionales e internacionales.

Instrumentos: a) Escala Multidimensional de Empatía (EME), versión reducida (Lozano-Razo, 2002): Comprende 10 reactivos en escala Likert con 5 opciones de respuesta, que se dividen en el factor “Compasión empática” (6 reactivos) y los indicadores “Empatía cognoscitiva” y “Tranquilidad emocional” (2 reactivos cada uno) que en su conjunto explican el 59.2% de varianza y un alfa de Cronbach global de .77. b) Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar, 3° versión (FACES III; Rosas, Clavelina, Trillo, Coria, & Ibáñez, 2003): Comprende 20 reactivos en formato Likert con 5 opciones de respuesta. Evalúa los factores “Cohesión” y “Adaptabilidad”, de 10 reactivos cada uno. El primer factor indica si la familia es “No relacionada”, “Semirelacionada”, “Relacionada” o “Aglutinada” y el segundo indica si la familia es “Rígida”, “Estructurada”, “Flexible”, o “Caótica”. Presenta un $\alpha = .74$; c) Escala multidimensional de asertividad (EMA; Flores-Galaz & Díaz-Loving, 2004): Comprende 45 reactivos en formato Likert con 5 opciones de respuesta. Evalúa tres factores de 15 reactivos cada uno: “Asertividad”, “No asertividad”, y “Agresividad”. Presenta un $\alpha = .91$.

Procedimiento: Durante la hora de clase los investigadores solicitaron la colaboración en el estudio, explicaron sus objetivos, aclararon dudas y posterior a

la firma del consentimiento informado, los estudiantes voluntarios contestaron los instrumentos.

RESULTADOS

Pruebas *t* de grupos independientes a una cola mostraron que las mujeres obtuvieron puntajes significativamente más altos que hombres en la Escala Multidimensional de Empatía, tanto en forma global, $M_{\text{♀}} = 37.84$ DE = 4.88, $M_{\text{♂}} = 33.88$ DE = 4.83 $t(198) = 5.50$ *d* de Cohen = 0.78, como para cada factor, Factor 1 $M_{\text{♀}} = 23.37$ DE = 3.57, $M_{\text{♂}} = 21$ DE = 3.52; Indicador 1 $M_{\text{♀}} = 6.98$ DE = 1.55, $M_{\text{♂}} = 6.29$ DE = 1.87; Indicador 2 $M_{\text{♀}} = 7.48$ DE = 1.73, $M_{\text{♂}} = 6.59$ DE = 1.57, con valores $t(198) = 4.50, 2.77, 3.61$ y *d* de Cohen = 0.63, 0.39, 0.51, respectivamente, todos con una *p*.

DISCUSIÓN

Lo datos obtenidos en este estudio indican la existencia de diferencias ligadas al sexo en el nivel de empatía en estudiantes mexicanos de la carrera de odontología. Los resultados son consistentes con los obtenidos por otros estudios (Silva-Urday, Rivera-Ugalde, Zamorano-Arancibia, & Díaz-Narváez, 2013) y sugieren que deberán desarrollarse estrategias diferenciadas por sexo en la instrucción de la empatía a fin de impactar de forma eficaz en cada uno de ellos. En el diseño de estrategias de instrucción debe considerarse además que el nivel de asertividad y la cohesión, como indicador de funcionamiento familiar, juegan un papel, pero solo en el caso de las mujeres. Para ellas, el tipo de cohesión, “No relacionada” o “Aglutinada” pudo haber creado una forma definida de interrelación con otros, misma que se generaliza y expresa a otros ámbitos. El nivel típico de asertividad en mujeres es consistente con aquellas que muestran altos niveles de empatía. Caso opuesto el de aquellas que muestran bajos niveles de asertividad. Lo anterior implica que si bien la asertividad es un factor plausiblemente modificable, que puede ser afectado vía su instrucción, la estructura familiar no lo es, por lo que es necesario conocer el mecanismo por el cual un tipo de cohesión afecta de una u otra forma a la empatía. Otros factores sociodemográficos no resultaron asociados al nivel de empatía, como tampoco variables académicas. De estas últimas destaca la sí odontología fue o no su primera opción al momento de elegir carrera, puesto no hubo un efecto sobre el nivel de empatía demostrado. Futuros estudios deberán indagar factores asociados en general al nivel de empatía, así como aquellos que pudieran estar solo asociados al sexo masculino. Ello permitirá integrar estrategias generales y particulares de instrucción en esta habilidad para los estudiantes de la carrera de odontología, con potencial de generalizarse a otras carreras del área de la atención a la salud.

REFERENCIAS

- American Dental Education Association (2002). Competencies for the new dentist. *Journal of Dental Education*, 66, 849-851.
- Anaya, M.M., Navarrete, G.R.F., Amador, L.T. (2014). Empatía y factores relacionados en estudiantes de odontología de la Universidad de Cartagena. *Revista Colombiana de Investigación en Odontología*, 5, 69-80.
- Datta, G., Vanishree, N., Nayak, S. S., Bullappa, D., Naveen, N., Lakshmikantha, R. & Anushri, M. (2016). Measuring Empathy Towards Patients among Dental Under Graduate Students of Bangalore City-A Cross Sectional Study. *International Journal of Medicine and Public Health*, 6, 113-116.
- Flores-Galaz, M.M., Díaz-Loving, R. (2004). Escala multidimensional de asertividad. México: Manual Moderno.
- Hojat, M. (2016). *Empathy in health professions education and patient care*. New York, NY: Springer.
- Lozano-Razo, G. (2002). Actitudes y estrategias de persuasión hacia la donación de órganos y tejidos (Tesis de Licenciatura inédita). Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México. Recuperada de: <http://132.248.9.195/pdtestdf/0309346/Index.html>
- Novelo-Arana V. (2013). Panorama de la profesión de la odontología en México 1970-2012. *Revista CONAMED*, 18, 4-13.
- Rosas, E.P., Clavelina, F.G., Trillo, M.T., Coria, A.I., & Ibáñez, S.L. (2003). Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México). *Atención Primaria*, 31, 624-30.
- Sherman, J. J. & Cramer, A. (2005). Measurement of changes in empathy during dental school. *Journal of Dental Education*, 69, 338-345.
- Silva-Urday, H., Rivera-Ugalde, I., Zamorano-Arancibia, A., & Díaz-Narváez, V.P. (2013). Evaluación de los niveles de orientación empática en estudiantes de odontología de la Universidad Finis Terrae de Santiago, Chile. *Revista Clínica de Periodoncia Implantología y Rehabilitación Oral*, 6, 130-133.

JKSC17.- Propiedades psicométricas de la "Escala de terapia cognitiva de Beck" en psicólogos clínicos en formación

Alan Ernesto Barba Sánchez y Anabel De La Rosa Gómez
Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM

INTRODUCCIÓN

La formación en competencias profesionales es uno de los objetivos esenciales de la educación superior, el interés por ellas no surge en el contexto universitario sino en el mundo laboral en la década de 1870 y que, recientemente, a partir de la década de 1970, se les comienza a utilizar como criterios científicos explicativos de la eficiencia de las personas en el medio laboral (González y González, 2008). Desde una perspectiva psicológica Frade (2009) entiende que la evaluación por competencias es un proceso para identificar en qué medida los estudiantes han desarrollado las metas y objetivos propuestos. Entre las características más importantes para ejercer este tipo de evaluación resalta que tiene que ser un proceso que busque evidencias de competencia de acuerdo a criterios objetivos, válidos y confiables. En el caso específico de la formación de psicólogos clínicos existe interés en formar profesionales que sean competentes para evaluar, diagnosticar e intervenir en atención a la salud mental de la población que así lo requiera. El entrenamiento de estos profesionales, como el de muchos otros, comienza con la adquisición de conocimientos teórico-metodológicos de psicología para después pasar al aprendizaje de habilidades profesionales en escenarios de práctica supervisada, como estancias cortas en clínicas. Sin embargo, la evaluación de las competencias clínica desarrolladas en este proceso, puede ser poco clara y es que, las certificaciones internacionales de psicología clínica indican que el psicólogo clínico debería presentar evidencia de su competencia, pero, ¿mediante qué indicador se puede obtener la evidencia?

De hecho, uno de los aspectos que más preocupa a los terapeutas cognitivos es la formación de los terapeutas en el modelo (Caro, 2011). El intento más cercano para solventar dicha inquietud ha sido la CTS: Cognitive Therapy Scale (ETC: Escala de Terapia Cognitiva) desarrollada de acuerdo al modelo de Aaron Beck, que pretendía sistematizar y acompañar la formación del terapeuta cognitivo (Young y Beck, 1980). La escala puede ser una guía para el terapeuta cognitivo dado que aporta datos sobre su nivel de eficacia de sus sesiones terapéuticas (Shaw, 1984). La evaluación de la competencia proporciona una métrica que puede facilitar la detección errores y aciertos del terapeuta en sesión (Vallis, Shaw y Dobson, 1986). Incluso Shaw y Wilson-Smith (1988) la han empleado como test de aptitud para seleccionar terapeutas que son candidatos para ser formados en terapia cognitiva, entendiendo que, el nivel de competencia clínica puede ser una variable potencialmente predictora de la eficacia de la psicoterapia (Shaw et al., 1999).

PROBLEMA

En especial, en lo que respecta a la confiabilidad Dobson, Shaw y Vallis (1985), exploraron la consistencia interna de la ETC encontrando que la escala es muy homogénea ($\alpha = .95$). Por su parte Vallis, Shaw, Brian, y Dobson (1986) evaluaron a una muestra psicoterapeutas experimentados ($N = 9$) por expertos en terapia cognitiva encontrando en los análisis de las propiedades psicométricas de la ETC intercorrelaciones ítem-ítem y correlaciones ítem-total que oscilaron de entre .77 a .94. En esta misma línea de investigación, Blackburn et al. (2001) realizaron una revisión de las dos versiones de la ETC (Young y Beck, 1980; 1988), para, de esta manera, desarrollar la CTS-R: Cognitive Therapy Scale – Revised (ETC-R: Escala de Terapia Cognitiva – Revisada). Los resultados fueron positivos sobre todo en relación a la consistencia interna para ello se le pidió a un grupo jueces evaluar diferentes videos del desempeño de una muestra de psicólogos en formación, en cuatro oportunidades obteniendo coeficientes alpha de 0.92, 0.95, 0.97, y 0.95, respectivamente.

Las versiones de la ETC aquí detalladas están escritas en idioma inglés. Particularmente en el Centro de Apoyo Psicológico y Educativo a Distancia (CAPED) de la FES Iztacala se detectó la necesidad de evaluar objetivamente las competencias profesionales que los asesores que participan en el centro desarrollan tras su experiencia como psicoterapeutas en formación. En este sentido, se ha elaborado una versión, por traducción simple, en idioma español tomando como base la ETC original de Beck, la ETC-R.

La presente investigación tuvo como propósito determinar el grado de confiabilidad interna de la ETC propuesta, así como el grado de validez de contenido y constructo.

MÉTODO

Estudio 1: Validez de contenido. Participantes. 10 profesores de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, con experiencia en terapia cognitivo conductual, y que fungieron como jueces (6 doctores, 3 maestros y 1 doctorante). Instrumentos. Formato para la validación de instrumentos mide el lenguaje, redacción, pertinencia y validez del universo de ítems de un instrumento.

Procedimiento. Se hizo una traducción simple de dos versiones de la ETC al español, se consultó una tercera en español y se elaboró una propuesta final (ETCp) que se envió a los jueces para que emitieran su juicio en el formato para validación, finalmente se calculó el grado de aceptación para cada ítem.

Estudio 2: Confiabilidad y validez de constructo. Participantes. 31 asesores del CAPED que durante 4 meses brindaron asesoría psicológica supervisada y a distancia. Instrumentos. La ETCp que previamente se validó su contenido y cuyo objetivo es evaluar al terapeuta de acuerdo a las competencias que este posee para

llevar a cabo una sesión cognitivo conductual.

Procedimiento. Se videograbaron las interacciones de los asesores en un role-playing, junto con una persona que simulada ser un caso clínico típico del centro, al inicio y termino de sus prácticas supervisadas en el CAPED. Los videos fueron compartidos al azar con los supervisores del centro para que evaluaran el desempeño de los asesores en sesión mediante la ETCp.

RESULTADOS

En este estudio participaron un total de 31 estudiantes de la carrera de psicología a distancia del SUAyED de la Fes Iztacala. De los cuales 26 eran mujeres y 5 eran hombres. De entre el total de asesores de 3 ellos eran egresados, 24 seguían estudiando los últimos semestres de la carrera, y 4 se encontraban ya titulados. El grupo contaba con una media de 44.7 años de edad, durante el periodo en que se realizó el estudio. Los asesores, en conjunto, cumplieron con un total de 1352 horas de práctica supervisada, con media de 43.61 horas por persona (DE = 12.08), y un rango de 23 horas a 58 horas. La validez de contenido se obtuvo con la colaboración de 10 jueces expertos en psicológica clínica cognitivo-conductual a quienes se les pidió establecer su juicio acerca de los ítems de la ETC en español propuesta de acuerdo a los criterios de pertinencia, redacción, lenguaje y validez obteniendo porcentajes de aceptación entre los jueces de 98.46%, 88.99%, 86.14%, 89.20%, respectivamente.

Para establecer la confiabilidad interna de la escala se calculó el coeficiente alpha de Cronbach con los resultados de 31 psicólogos en formación evaluados con los 12 ítems de la escala. Se obtuvo un coeficiente de $\alpha = 0.95$, es decir un grado de confiabilidad interna alto, lo que indica que la escala puede ser un instrumento fiable cuando se pretende evaluar las competencias clínicas de psicólogos en formación.

Finalmente, para demostrar el grado de validez de constructo, se realizaron, con la ETCp, dos mediciones antes y después de un entrenamiento para la formación de competencias clínicas a un grupo de psicólogos (N=31). Los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas entre las medidas pre (Media = 35.16) y post (Media = 41.16) de acuerdo a la prueba de sumatoria de rangos de Wilcoxon ($Z = -2.428$, p

DISCUSIÓN

La evaluación por competencias debe contar con las características de objetividad, validez y confiabilidad (Frade, 2008). Para ello se realizaron los dos estudios detallados en el presente trabajo encontrado grados aceptables de validez de contenido, confiabilidad y validez de constructo. Es decir, la investigación cumplió con el objetivo propuesto, se concluye que la ETCpes valida y fiable para la evaluación de competencias clínicas cognitivos-conductuales.

De acuerdo al juicio de expertos se encuentra que los acuerdos entre los jueces caen dentro del criterio mínimo de 80% de aprobación para incluir un ítem dentro de un instrumento. La ETCp tiene un grado de validez de contenido alto lo que significa que el universo de ítems que la conforman son adecuados para lo que se pretende medir. De acuerdo a la revisión literaria no se encontraron estudios que detallaran la validez de contenido de los ítems de la ETC. Asimismo, la ETCp posee un grado de confiabilidad alto, es decir, puede arrojar resultados consistentes, dada la relación fuerte entre sus ítems. Este dato es igual a los estudios llevados a cabo por Dobson, Shaw y Vallis (1985), quienes encontraron que la ETC de Beck era muy homogénea ($\alpha = .95$). Por su parte Vallis, Shaw, Brian, y Dobson, (1986) señalan que la misma escala tenía intercorrelaciones ítem-ítem y correlaciones ítem-total que oscilaron entre .77 a .94. Similares a las encontradas en el presente estudio, las cuales, para las intercorrelaciones ítem-total, oscilaron entre .668 y .887. En esta misma línea, Blackburn et al. (2001) encontraron que su CTS-R: Cognitive Therapy Scale – Revised (ETC-R: Escala de Terapia Cognitiva – Revisada) era confiable al computar los resultados de una muestra de psicólogos en formación evaluados en 4 oportunidades obteniendo coeficientes alpha de 0.92, 0.95, 0.97, y 0.95, respectivamente.

Finalmente, la ETCp obtiene su validez de constructo al ser sensible en detectar cambios psicológicos que pudiera generar una intervención diseñada a partir de alguna variable relacionada teóricamente con el constructo que se pretende medir. Los resultados son consistentes con lo expuesto por Kobak, Craske, Rose y Wolitsky-Taylor (2013) y más recientemente De la Rosa-Gómez, González-Pérez, Rueda-Trejo y Rivera-Baños (2017) quienes diseñaron estudios similares al expuesto incluyendo programas de entrenamiento en psicología clínica cognitivo conductual junto con la evaluación de competencias por medio de la ETC de Beck.

REFERENCIAS

- Blackburn, I., James, I., Milne, D., Baker, C., Standart, S., Garland, A. y Reichelt, K. (2001). The Revised Cognitive Therapy Scale (CTS-R): Psychometric Properties. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 29(4). 431-446.
- Caro, I. (2011). *Hacia una Práctica Eficaz de las Psicoterapias Cognitivas Modelos y Técnicas Principales*. España: Desclée De Brouwer. 381- 413.
- De la Rosa-Gómez, A., González-Pérez, M., Rueda-Trejo, J. y Rivera-Baños, J. (2017). La Práctica Supervisada Mediada por Tecnología como Escenario para la Enseñanza de Competencias Clínicas. *Hamut'ay*, 4(1), 75-84. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.21503/hamu.v4i1.1396>
- Dobson, K., Shaw, B. y Vallis, M. (1985). Reliability of a measure of the quality of cognitive therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 24(4), 295-300.
- Frade, L. (2008). *La Evaluación por Competencias*. México: Inteligencia Educativa.
- González, V. y González, R. M. (2008). *Competencias genéricas y formación*

- profesional: un análisis desde la docencia universitaria. *Revista iberoamericana de educación*, 47(1), 185-209. Recuperado de <http://www.rieoei.org/rie47a09.pdf>
- Kobak, K., Craske, M., Rose, R. y Wolitsky-Taylor, K. (2013). Web-Based Therapist Training on Cognitive Behaviour Therapy for Anxiety Disorders: A Pilot Study. *Psychotherapy*, 50(2), 235-247.
- Shaw, B. (1984). Specification of the training and evaluation of cognitive therapists for outcome studies. En Williams y R. Spitzer (Eds.). *Psychotherapy research: Where are we and where should we go ?* (pp. 173-189). New York, E.U.A: Guilford Press.
- Shaw, B., y Wilson-Smith, D. (1988). Trainin therapist in cognitive-behaviour therapy. En C. Perris, I.M Blackurn, y H. Perris (Comps.). *Cognitive Psychotherapy: Theory and Practice* (pp. 140-159). Heidelberg, Alemania: Springer Verlag.
- Shaw, B., Elkin, I., Yamaguchi, J., Olmsted, M., Vallis, T., Dobson, K., Lowery, A., Sotsky, S., Watkins, J. y Imber, S. (1999). Therapist competence ratings in relation to clinical outcome in cognitive therapy of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(6). 837-84.
- Vallis, T., Shaw, B., Brian, F. y Dobson, K. (1986). The Cognitive Therapy Scale: Psychometric Properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(3), 381-385.
- Young, J. E. y Beck, A. T. (1980). *Cognitive Therapy Scale: Rating manual*. Manuscrito no publicado, University of Pennsylvania, Philadelphia, PA.
- Young, J. E. y Beck, A. T. (1988). *Cognitive Therapy Scale*. Manuscrito no publicado, University of Pennsylvania, Philadelphia, PA.

JKSC18.- Propiedades Psicométricas del Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ) en Estudiantes Universitarios Mexicanos

Carlos Miguel Sánchez Molina¹, Leticia María Jiménez López¹, David Gabriel Luna Pérez²

Instituto Politécnico Nacional¹, Comisión Nacional De Arbitraje Médico²

INTRODUCCIÓN

La imagen corporal se define como una experiencia psicológica multifacética de la encarnación, especialmente, pero no exclusivamente, la apariencia física. Abarca pensamientos, creencias, sentimientos y comportamientos relacionados con el cuerpo (Cash, 2015). Pruzinsky y Cash (1990) refieren que la imagen corporal es una experiencia totalmente subjetiva y personal, por lo que podría ser incongruente con la realidad objetiva. Su componente emocional incluye experiencias de satisfacción/insatisfacción que se asocian con nuestra apariencia o experiencia corporal. Rosenberg (1965) señala que la autoestima implica un sentimiento positivo o negativo hacia uno mismo, basada en la evaluación de las propias características, que incluye sentimientos de satisfacción/insatisfacción. Por tanto, es pertinente señalar que la imagen corporal está íntimamente relacionada con la autoestima. Asimismo, la imagen corporal se encuentra influida por aspectos tanto socioculturales, como biológicos y ambientales, pues cada periodo de la historia cuenta con sus propios estándares de belleza y cada cultura desarrolla diferentes conceptos sobre la propia imagen, forma y decoración del cuerpo (Vaquero, Alacid, Muyor & López, 2013).

De acuerdo con Cash (2015), la psicología clínica y la psiquiatría en los últimos años han abordado el tema de la imagen corporal, principalmente en su relación con los trastornos de la alimentación entre las mujeres jóvenes. Incluso se podría señalar este interés como un catalizador importante para la investigación de la imagen corporal en otras áreas. Para este autor, el campo debe trascender este estrecho enfoque y capturar la rica diversidad de las experiencias humanas relacionadas con el cuerpo. Por ejemplo, las enfermedades o lesiones físicas adquiridas (por ejemplo, cánceres, VIH / SIDA, enfermedades de la piel o quemaduras) y sus tratamientos pueden cambiar drásticamente el funcionamiento y la apariencia del cuerpo, lo que a su vez puede alterar la imagen corporal y el bienestar psicosocial de la persona. Para evaluar la imagen corporal se han utilizado diversas técnicas, particularmente instrumentos de autorreporte, entre los que se encuentra el Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ) un instrumento de evaluación multidimensional diseñado por Cash (2015), que ha sido utilizado ampliamente y con éxito en la investigación básica y aplicada. Es considerado uno de los más completos, debido a que incluye aspectos evaluativos, cognitivos y conductuales de la imagen corporal (Velázquez, Vázquez, Mancilla & Ruíz, 2014). Está compuesto por 69 ítems organizados en 10 sub-escalas, que dan

cuenta de cómo se siente la persona sobre cada área y del grado de atención prestada a los diversos aspectos de la imagen corporal, además de ser uno de los pocos instrumentos desarrollados con hombres y mujeres en un amplio rango de edad.

PROBLEMA

Como señalan Velázquez, Vázquez, Mancilla y Ruíz (2014) los instrumentos que evalúan la imagen corporal en hombres son escasos, pues la mayoría han sido diseñados para mujeres, y en México también son pocos los que evalúan la imagen corporal de manera multidimensional. Entre las validaciones al MBSRQ se encuentra la realizada por Botella, Ribas y Benito (2009), cuya versión mantiene los criterios de calidad psicométrica respecto a la original, pero se reduce a cuatro factores organizados en 45 ítems. Con base en esta validación, Blanco, Álvarez, Rangel y Gastelum (2017) buscaron comparar los perfiles de imagen corporal percibida de 1539 universitarios mexicanos, encontrando un grado aceptable de consistencia interna de cada uno de los factores. De igual manera, en su estudio, López, Arévalo, Díaz y Martínez (2014) buscaron obtener las propiedades psicométricas del MBSRQ en una muestra conformada por 232 varones, obteniendo así diez factores que explicaron el 64.48% de la varianza total, con alfas de .55 a .93. Cruzat et al. (2017) aplicaron el instrumento a 451 adolescentes y adultos jóvenes chilenos de entre 15 y 25 años, e identificaron siete factores consistentes con los identificados en la versión original. Con lo anterior, se puede determinar que en las versiones al español del instrumento no existe un consenso sobre el número de factores.

El objetivo principal de este estudio es identificar las propiedades psicométricas del Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ) en estudiantes universitarios mexicanos. Se realizaron pruebas de adecuación muestral que indicaran la pertinencia de realizar un análisis factorial, mediante un análisis paralelo, una de las mejores alternativas para determinar el número de factores a extraer (Pérez & Medrano, 2010), y posteriormente un análisis factorial exploratorio (mínimos cuadrados no ponderados, rotación Promax) basado en correlaciones policóricas. Finalmente se detectó si existían correlaciones entre los factores obtenidos.

MÉTODO

Participantes: Mediante una técnica no probabilística de conveniencia se reclutaron 408 estudiantes inscritos en la Escuela Superior de Comercio y Administración, la cual pertenece al Instituto Politécnico Nacional. Su edad promedio fue de 19.95 (DE = 1.45) años y el 65.9% fueron mujeres. La participación fue voluntaria siguiendo lineamiento éticos nacionales e internacionales.

Instrumento: El Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ), diseñado originalmente por Cash (2015) es un test de autorreporte

conformado por 69 reactivos relacionados con la orientación y evaluación de la imagen corporal, los cuales se responden con una escala Likert con cinco opciones de respuesta, que varían según los ítems: del ítem 1 al 57 desde Totalmente en desacuerdo a Totalmente de acuerdo, el ítem 58 desde Nunca a Muy a menudo, los ítems 59 y 60 desde Muy por debajo del peso normal a Obeso/a, y del ítem 61 al 69 desde Muy insatisfecho/a a Muy satisfecho/a. Los ítems integran las siguientes dimensiones: Evaluación de la apariencia (EA) conformada por siete reactivos; Orientación hacia la apariencia (OA) que se compone por doce reactivos, Evaluación de la forma física (EFF) que la constituyen tres reactivos; Orientación hacia la forma física (OFF) compuesta por trece reactivos; Evaluación de la salud (ES), integrada por seis reactivos; Orientación hacia la salud (OS) conformada por ocho reactivos; Orientación hacia la enfermedad (OE) compuesta por cinco reactivos; Satisfacción con áreas corporales (OAC) conformada por nueve reactivos; Preocupación por el sobrepeso (PS) integrada por cuatro reactivos, y Auto-clasificación del peso (ACP), compuesta por dos reactivos.

Procedimiento: Durante una hora de clase el investigador solicitó a los estudiantes su colaboración en el estudio, explicó los objetivos, aclaró dudas y posterior a la firma del consentimiento informado, aquellos que accedieron contestaron los instrumentos. El tiempo de aplicación fue de 15 minutos aproximadamente.

RESULTADOS

La media y desviación estándar de los puntajes de cada reactivo estuvo en el rango de 1.54 a 4.11 y 0.74 a 1.41 respectivamente, en todos los casos con un coeficiente de asimetría y de curtosis $\leq |1.50|$; para el puntaje total los valores fueron $M = 219.98$, $DE = 19.12$, coeficiente de asimetría y de curtosis $\leq |.22|$. Pruebas t de Student de una cola para grupos independientes revelaron que todos los reactivos discriminaron.

DISCUSIÓN

Los datos indican que la estructura del MBSRQ para población universitaria mexicana comprende cuatro factores. El primer factor "Evaluación de la Apariencia" (EA) conserva su denominación original, e integra cinco ítems relativos al grado de satisfacción con el propio aspecto; el factor 2 "Orientación a la salud física (OSF) está compuesto por dieciséis ítems que hacen referencia a la valoración sobre la propia aptitud física o atlética; el tercer factor "Conductas que promueven la salud" (CPS), conformado por ocho ítems que se dirigen al grado de involucración en un estilo de vida saludable; y por último, el cuarto factor "Acciones para procurar la apariencia" (APA) está integrado por seis ítems relativos a las conductas de autocuidado sobre la apariencia.

Los factores obtenidos quedaron integrados por los ítems de ocho factores propuestos originalmente por Cash (2015). Se descartaron dos factores de las

“subescalas especiales multi-item” por no mostrar significancia en la estructura factorial, las cuales fueron la escala de satisfacción respecto a áreas corporales y la escala de auto-clasificación del peso. Al tratarse de factores relativos a la satisfacción con partes específicas del cuerpo y la autopercepción del peso corporal, se refuerza la importancia que tienen los aspectos culturales específicos de la población mexicana, sobre los cuales, Aguilar, Oudhof, Gonzalez y Unikel (2010) enfatizan que en toda validación es necesario brindarles especial atención y a su relación con los elementos conductuales y actitudinales, para facilitar la identificación y medición de los componentes que integran la imagen corporal. En su revisión de la literatura, encontraron que en los resultados obtenidos de muestras provenientes de diversas culturas cuestionan las acepciones universales para los trastornos psicológicos y, por lo tanto, también la validez de las medidas estandarizadas para otras culturas. Asimismo, la inclusión del análisis paralelo en la detección de la estructura factorial garantiza una mayor certidumbre acerca de ésta, respecto de estructuras previamente reportadas para población también mexicana, ya que, como señalan Pérez y Medrano (2010), el análisis paralelo, podría ser una de las mejores alternativas para determinar el número de factores a extraer, ya que genera autovalores de una matriz de datos aleatorios pero con el mismo número de variables y casos que la matriz original. Futuros estudios deberán confirmar la estructura propuesta mediante modelos de ecuaciones estructurales.

REFERENCIAS

- Aguilar, B. R., Oudhof Van Barneveld, H., Gonzalez-Arratia, N. I., y Unikel-Santoncini, C. (2010). Desarrollo y validación de una escala para medir imagen corporal en mujeres jóvenes. *Salud mental*, 33(4), 325-332. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2010/sam104d.pdf>
- Blanco-Ornelas, J. R., Álvarez-Mendoza, G., Rangel-Ledezma, Y., y Gastelum-Cuadras, G. (2017). Imagen corporal en universitarios: Comparaciones por género. *Revista de Educación y Desarrollo*, 41, 71-75. Recuperado de http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/41/41_Blanco.pdf
- Botella García del Cid, L., Ribas Rabert, E., y Ruiz, J. B. (2009). Evaluación psicométrica de la imagen corporal: Validación de la versión española del Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18(3). Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/2819/281921775006/>
- Cash, T. F. y Pruzinsky, T. (1990). *Body images: Development, deviance, and change*. New York: Guilford Press. Recuperado de <http://psycnet.apa.org/record/1990-98350-000>
- Cash, T. F. (2015). Multidimensional Body–Self Relations Questionnaire (MBSRQ). In *Encyclopedia of feeding and eating disorders* (pp. 1-4). Springer Singapore. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Aly_Bailey/post/What_is_the_best_body_image_measurement_available_and_can_I_please_get_a_link_to_the_scale2/attachment/59d62aed79197b8077989518/AS%3A341114021269509%401458

- [339328650/download/MBSRQ+Manual+%283rd+edition%29+%282%29.pdf](https://doi.org/10.1007/s40519-017-0411-z)
Cruzat-Mandich, C., Díaz-Castrillón, F., Pérez-Villalobos, C. E., Lizana, P., Moore, C., Simpson, S., y Oda-Montecinos, C. (2017). Factor structure and reliability of the Multidimensional Body–Self Relations Questionnaire in Chilean youth. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 1-12. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1007/s40519-017-0411-z>
- Lameiras, M., Rodríguez, Y., Calado, M. y González, M. (2004). Determinantes del inicio de las relaciones sexuales en adolescentes españoles. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 71/72, 67-75. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Lameiras_Maria/publication/28095575_Determinantes_del_inicio_de_las_relaciones_sexuales_en_adolescentes_espanoles/links/56a0b42308ae21a5642bee74.pdf
- López, H. J. V., Arévalo, R. V., Díaz, J. M. M., y Martínez, A. O. R. (2014). Psychometric properties of the Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ). *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 5(2), 107-114. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007152314720063>
- Pérez, E. R., y Medrano, L. A. (2010). Análisis factorial exploratorio: bases conceptuales y metodológicas. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento (RACC)*, 2(1), 58-66. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3161108.pdf>
- Rosenberg, M. (1965). Rosenberg self-esteem scale (RSE). Acceptance and commitment therapy. *Measures package*, 61, 52. Recuperado de <http://www.integrativehealthpartners.org/downloads/ACTmeasures.pdf#page=61>
- Vaquero-Cristóbal, R., Alacid, F., Muyor, J. M., y López-Miñarro, P. Á. (2013). Imagen corporal: revisión bibliográfica. *Nutrición hospitalaria*, 28(1), 27-35. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112013000100004&script=sci_arttext&tlng=en
- Velázquez López, H. J., Vázquez Arévalo, R., Mancilla Díaz, J. M., y Ruíz Martínez, A. O. (2014). Propiedades psicométricas del Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ). *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 5(2), 107-114. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-15232014000200005&script=sci_arttext

JKSC19.- Grupos Focal: Una estrategia para explorar la adherencia terapéutica

**Blanca Leonor Aranda Boyzo, Francisco Jesús Ochoa Bautista y
Hilda Rivera Coronel**

Universidad Nacional Autónoma de México

INTRODUCCIÓN

La falta de adherencia terapéutica, se ha convertido en un problema de salud pública a nivel internacional, debido no solo a que repercute en la calidad de vida de los pacientes, sino que eleva significativamente el gasto de los servicios de salud de los estados. Múltiples factores pueden influir en la adherencia a un tratamiento: el trastorno al que nos enfrentemos, las características del paciente, las habilidades del médico, el tipo de intervención que se lleve a cabo, etc. Además de todos estos, existe un factor clave: difícilmente un tratamiento podrá ser eficaz si el paciente no lo sigue o no lo cumple. La adherencia terapéutica, es así el grado en el cual la conducta de una persona -en términos de tomar una medicación o efectuar cambios en el estilo de vida- coincide con las recomendaciones médicas o higiénico sanitaria. Se estima que un 40% de pacientes no se adhiere a las prescripciones terapéuticas; en el caso de las enfermedades agudas la falta de adherencia se reduce a un 20%, pero en los trastornos crónicos alcanza el 45%; si además el tratamiento conlleva cambio de hábitos o estilo de vida, como es el caso de las enfermedades crónico degenerativas (Diabetes, Hipertensión, enfermedades cardiovasculares , dislipidemias etc.) la falta de adherencia sobrepasa estos porcentajes (Haynes, 2002).

En México al igual que en otros países, la Diabetes Mellitus se considera en la actualidad un problema de salud pública, y México al igual que otros países no escapa a esta problemática. La prevalencia en la población mexicana de 20 años y más es de 10.75 % , alrededor de 5.1 millones con diabetes y el 34 % , 1,7 millones desconoce padecer la enfermedad. En el transcurso de las dos últimas décadas, la Diabetes ha venido ocupando un lugar importante en la morbilidad y mortalidad de nuestro país, actualmente se ubica en el tercer lugar como causa de muerte. La Hipertensión Arterial es una de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en México, alrededor de 30.05 % de la población mexicana de 20 años y más la padece y el 61 % de los individuos afectados desconocen que tienen la enfermedad, significa que más de 15 millones la padece y de los cuales 9 millones no han sido diagnosticados. La hipertensión arterial es uno de los factores de riesgo asociados a las principales enfermedades cardiovasculares, tales como la enfermedad cerebro vascular y la enfermedad isquémica del corazón, las cuales

constituyen las primeras causas de muerte prematura en adultos en la región de América. Finalmente, la prevalencia de Obesidad en la población mexicana de 20 años y más es de 24.2%. Es de suma importancia poner atención a la obesidad, ya que representa un determinante de gran peso para el desarrollo de la diabetes e hipertensión arterial, o bien puede ser un factor que agrava o dificulta el control de dichos padecimientos.

PROBLEMA

En los países desarrollados, las tasas de adherencia a los tratamientos en enfermedades crónicas se sitúan alrededor del 50%. Esta cifra es considerablemente menor en los países en vías de desarrollo, según un reciente informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que califica la falta de adherencia como un «problema mundial de gran magnitud»¹. Es necesario entender la importancia del problema y poner en marcha estrategias adecuadas para solucionarlo. El presente artículo se centra fundamentalmente en analizar las consecuencias clínicas y económicas que produce el incumplimiento y los motivos por los que se origina este problema. Asimismo, se identifican diferentes estrategias encaminadas a su mejora. Definición de adherencia al tratamiento

En el año 2003 la OMS definió el término adherencia como «el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario»¹. Esta definición se basa en la propuesta por Haynes del año 1976 para el término cumplimiento, aunque la principal diferencia es que la adherencia requiere el consentimiento del paciente con las recomendaciones recibidas, y expresa una colaboración activa entre el profesional sanitario y el paciente en la toma de decisiones que afectan a su propia salud. Por el contrario, el término cumplimiento implica una conducta de sumisión y obediencia a una orden, propia de una relación paternalista entre los profesionales de la salud y el paciente. Esta falta de participación del paciente en la definición podría justificar el desuso del término cumplimiento en favor del de adherencia, pero en la práctica ambos términos continúan utilizándose de manera indistinta.

MÉTODO

Por lo que el objetivo de la presente investigación fue explorar desde la visión de los médicos cuales eran las causas por las cuales los pacientes con enfermedades crónico-generativas presentaban una baja adherencia terapéutica.

Participaron 10 médicos generales del Hospital General de Zona del Municipio de Tlalnepantla de Baz, Estado de México. México.

Se utilizó como técnica de Investigación el Grupo Focal, la técnica de grupos

focales es un espacio de opinión para captar el sentir, pensar y vivir de los individuos, provocando auto explicaciones para obtener datos cualitativos. Kitzinger lo define como una forma de entrevista grupal que utiliza la comunicación entre investigador y participantes, con el propósito de obtener información. La técnica es particularmente útil para explorar los conocimientos y experiencias de las personas en un ambiente de interacción, que permite examinar lo que la persona piensa, cómo piensa y por qué piensa de esa manera. El trabajar en grupo facilita la discusión y activa a los participantes a comentar y opinar aún en aquellos temas que se consideran como tabú, lo que permite generar una gran riqueza de testimonios. Técnica de Procesamiento de los Datos: Análisis del Discurso.

En cuanto al procedimiento, esta investigación se realizó en el aula del Hospital General de Zona del Municipio de Tlalnepantla, en el Estado de México, Las sillas se colocaron en forma circular, se llevó a cabo en una sola sesión, donde los médicos participaron de forma voluntaria. En el grupo focal se exploraron los siguientes factores: Factores Dependientes del Paciente, Factores Dependientes de la Relación Médico-Paciente, Factores Dependientes del Régimen Terapéutico, Factores Dependientes de la Organización de los Servicios de Salud.

RESULTADOS

Del discurso de los médicos se analizaron los 4 factores:

1. Factores Dependientes del paciente: La manera en como los pacientes perciben su problema de salud es un factor que determina la forma en cómo se adhieren al tratamiento, como es que perciban que la enfermedad les genera inconvenientes, que su problema de salud tiene solución y que la ayuda del profesional de salud le va a ser útil para enfrentar sus dificultades de salud. Por otra parte, que los pacientes perciban que están expuestos a una grave enfermedad incrementa la adherencia terapéutica a corto plazo, pues pueden ver las ventajas de seguir un tratamiento que trata de paliarla o curarla. Pues el propio riesgo de padecer una enfermedad grave que derive en consecuencias trágicas para el paciente lo lleva a apegarse más rápido al tratamiento. También las creencias falsas que impliquen una menor vulnerabilidad a la enfermedad, una menor valoración de los riesgos o una idea distorsionada sobre el curso del tratamiento, derivan en el abandono prematuro del tratamiento, afectando con ello a la adherencia.

2. Factores Dependientes de la Relación Médico-Paciente: La adhesión a los tratamientos por parte de los pacientes se relaciona estrechamente con la conducta del médico y su capacidad de influencia en la conducta del paciente. Esta es una de, las variables más relevantes en la explicación del grado de adherencia terapéutica. Es importante que se pida al paciente que no siga unas pautas contrarias a sus expectativas o que interfieran con sus rutinas, pues si el médico hace esto es probable que no las cumpla, máxime si sus percepciones de los costes de seguir el tratamiento son superiores a los supuestos beneficios del mismo. Por eso es fundamental que, para mantener la adherencia, se consiga la participación del paciente en la elección del plan terapéutico.

3. Factores Dependientes del Régimen Terapéutico: Cuando un trastorno de salud se manifiesta con síntomas de inicio agudo, fácilmente reconocibles y que molestan al paciente, es más probable la adhesión al tratamiento; sin embargo, cuando los síntomas son prácticamente inexistentes, poco claros o se mantienen constantes durante tiempo de manera que el paciente se adapta a ellos, la adherencia disminuye. Los pacientes tienden a adherirse menos a aquellos regímenes de medicación que requieren distintas dosis a lo largo del día.

4. Factores Dependientes de la Organización de los Servicios de Salud: Diversos factores relacionados con las características de la atención sanitaria pueden también influir en la adherencia de los pacientes a los tratamientos Algunos de los obstáculos que los médicos participantes identificaron fueron: las listas de espera, los horarios de atención incompatibles, el tiempo escaso para dedicarle al paciente en la consulta, la falta de continuidad en la atención del profesional sanitario, etc. Por otra parte, la falta de continuidad en la atención del profesional sanitario, hace que en ocasiones la intervención sea realizada por una persona y el seguimiento por otra, lo que puede influir negativamente en el vínculo terapéutico, pudiéndose resentir en la adherencia terapéutica.

DISCUSIÓN

Muchas intervenciones terapéuticas pierden eficacia porque los pacientes no se adhieren adecuadamente a ellas. Esto es especialmente relevante en los procesos que implican cambios de conductas. De esta manera puede decirse que alguien no se adhiere a una determinada pauta de tratamiento, es porque no percibe su importancia real o porque determinados obstáculos, intrínsecos o extrínsecos, le impiden adherirse a ellas.

En cualquier caso, las habilidades –especialmente de comunicación– del médico son elemento clave para conseguir una mayor adherencia, tanto a la hora de detectar los posibles problemas como a la hora de solucionarlos. En general, los pacientes se esfuerzan por conseguir aquellos objetivos que creen que les merece la pena conseguir y que piensan que son asequibles. Por ello, tienden a adherirse a aquellas medidas que consideran que les ayudarán a conseguir estos objetivos y/o a hacerlos más factibles. Esto último implica que el médico ayude al paciente a ajustar sus expectativas y creencias a la realidad del proceso terapéutico, y de esta forma afrontar sus ambivalencias respecto al mismo, lo que permitirá transmitir lo que se espera o puede esperar de cada estrategia terapéutica. La falta de cumplimiento con el régimen terapéutico conlleva múltiples consecuencias, tanto clínicas como económicas, derivadas del incremento de la mortalidad o la morbilidad observado en los pacientes no cumplidores. La importancia y el horizonte temporal en que se desarrollarán dichas consecuencias dependerán fundamentalmente del tipo de fármaco prescrito y de la enfermedad para la que esté destinado su uso. Existe una asociación clara y directa entre la falta de cumplimiento y la obtención de peores resultados en salud. La diferencia entre eficacia y efectividad de los tratamientos se hace todavía más patente en presencia

de situaciones Incumplimiento terapéutico. La consecución de niveles aceptables de cumplimiento ayuda a conocer los beneficios reales de los fármacos y evita la aparición de incertidumbre sobre su efectividad. El impacto clínico de la falta de adherencia depende de la interrelación entre tres factores: el tipo de incumplimiento, la enfermedad tratada y las propiedades farmacodinámicas y farmacocinéticas del medicamento.

REFERENCIAS

- Fernández, L.B., Barón, F. B., Vázquez, D.T., Martínez, G.L., Urendes, H.E., Pujol de la Llave. (2006). Errores de medicación e incumplimiento terapéutico en ancianos polimedicados, *Farm Hosp*, 30: 280-283
- Márquez, C.V., Gil, G.J., Casado, M.N., Martel, C.M., De la Figuera von Wichmann, J.L. y De Pablos, M. (2006). Análisis de los estudios publicados sobre el incumplimiento terapéutico en el tratamiento de la hipertensión arterial en España. *Aten Primaria*, 38: 325-332
- Martín Alfonso, Libertad. (2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(4) Recuperado en 13 de enero de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400008&lng=es&tlng=es
- Nogués, S.X., Sorli, R.M., Villar, G.J. (2007). Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. *An Med Interna (Madrid)*, 24: 138-141
- World Health Organization, (2003). *Adherence to long term therapies: evidence for action.*

JKSC20.- Análisis factorial confirmatorio del Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ) en estudiantes universitarios mexicanos

**Carlos Miguel Sánchez Molina¹, Leticia María Jiménez López¹,
David Gabriel Luna Pérez²**

Instituto Politécnico Nacional¹ (Comisión Nacional De Arbitraje² Médico²

INTRODUCCIÓN

La imagen corporal es un constructo en el que aspectos biológicos y socioculturales influyen en (Vaquero, Alacid, Muyor & López, 2013) en los pensamientos, creencias, sentimientos y comportamientos relativos al propio cuerpo (Cash, 2015). Se constituye socialmente, debido a que en su formación participan la familia, los pares e incluso los medios de comunicación (Kirszman & Salgueiro, 2015). La insatisfacción con el propio cuerpo generalmente se relaciona con una pobre autoestima, e incluso puede asociarse con la depresión, la ansiedad social, la inhibición o bien la aparición de disfunciones sexuales, así como en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria o la implicación frecuente en tratamientos cosméticos, quirúrgicos, dermatológicos o capilares con demandas irracionales (Romo, 2014). Asimismo, las enfermedades o lesiones físicas adquiridas y sus tratamientos, como en el cáncer, el VIH/SIDA, o las enfermedades de la piel, pueden cambiar drásticamente el funcionamiento y la apariencia del cuerpo. Los instrumentos de autorreporte constituyen un recurso valioso para evaluar la imagen corporal. El Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ; Cash, 2015) incluye aspectos evaluativos, cognitivos y conductuales de la imagen corporal, por lo que se ha establecido como uno de los más completos (Velázquez, Vázquez, Mancilla & Ruíz, 2014). Lo anterior podría explicar el creciente interés por la validación al castellano del MBSRQ. Entre las validaciones al castellano del MBSRQ, está la de Botella, Ribas y Benito (2009), que encontraron cuatro factores organizados en 45 ítems, pero mantiene los criterios de calidad psicométrica respecto a la original. Por su parte, Blanco, Álvarez, Rangel y Gastelum (2017) retomaron estos cuatro factores de la versión en castellano y encontraron un grado aceptable de consistencia interna en cada uno de ellos. Blanco, Viciana, Aguirre, Zueck, Pando y Verónica (2017) realizaron un AFC del MBSRQ, encontrando una estructura bifactorial del mismo. López, Arévalo, Díaz y Martínez (2014) obtuvieron diez factores con alfas de entre .55 y .93, que explicaron el 64.48% de la varianza total en una muestra conformada por 232 varones. Cruzat et al. (2017) identificaron siete factores consistentes con los identificados en la versión original. Todos los anteriores, con excepción del trabajo realizado por Blanco, Viciana, Aguirre, Zueck, Pando y Verónica (2017), realizaron un análisis factorial exploratorio de las cualidades psicométricas del mismo.

PROBLEMA

La relación entre la imagen corporal con los diversos trastornos señalados, plantea la imperiosa necesidad de verificar que exista un nivel adecuado de validez y confiabilidad de los instrumentos para evaluar dicho constructo. Se han llevado a cabo diferentes análisis factoriales exploratorios sobre el MBSRQ para determinar sus propiedades psicométricas (Botella, Ribas & Benito, 2009; Blanco, Álvarez, Rangel & Gastelum, 2017; López, Arévalo, Díaz & Martínez, 2014; Cruzat et al. 2017; Blanco, 2017). De acuerdo con Batista, Coenders y Alonso (2004) este tipo de análisis es insuficiente para garantizar la validez y fiabilidad de un cuestionario relacionado con la salud como es el caso del MBSRQ. En este sentido, un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) puede corregir las deficiencias de la perspectiva exploratoria, así como dirigir a una mayor concreción de las hipótesis que habrán de ser contrastadas. En este sentido, los Modelos de Ecuaciones Estructurales (SEM) son una herramienta útil, debido a que establecen la relación de dependencia entre las variables al tratar de integrar una serie de ecuaciones lineales y establecer cuáles de ellas son dependientes o independientes de otras (Escobedo, Hernández, Estebané & Martínez, 2016).

En un estudio no publicado, realizado por nuestro grupo de investigación, determinamos las propiedades psicométricas del MBSRQ. Mediante un análisis paralelo previa a un análisis factorial exploratorio (mínimos cuadrados no ponderados, rotación Promax) basado en correlaciones policóricas, se detectó una estructura tetrafactorial, con adecuados ajustes psicométricos (48% de la varianza y α de Cronbach global = .90). Los factores fueron... no obstante es requerido aún verificar esta estructura mediante un análisis factorial confirmatorio. El objetivo principal de este trabajo es ampliar el estudio de las propiedades psicométricas del MBSRQ mediante un Análisis Factorial Confirmatorio.

MÉTODO

Participantes: Mediante una técnica no probabilística de bola de nieve se reclutaron 227 participantes de entre 17 y 55 años ($M = 21.24$; $DE = 4.03$), 146 (64.3%) mujeres y 81 (35.7%) hombres. La participación fue voluntaria siguiendo lineamiento éticos nacionales e internacionales. Los participantes firmaron un consentimiento informado. **Instrumento:** Se empleó la validación al español con población mexicana del MBSRQ, diseñado originalmente por Cash (2015). La versión aquí empleada fue previamente validada por nuestro grupo de investigación mediante un análisis factorial exploratorio y comprende 4 factores: Evaluación de la apariencia (5 reactivos; $\alpha = .76$), Orientación a la salud física (16 reactivos, $\alpha = .91$), Conductas que promueven la salud (8 reactivos, $\alpha = .72$), Acciones para procurar la apariencia (6 reactivos, $\alpha = .72$). En su conjunto, los factores explican el 48% de la varianza y muestran una consistencia interna $\alpha = .90$. **Procedimiento:** El instrumento se presentó y fue contestado en línea. Un investigador solicitó la colaboración de estudiantes universitarios para completar el instrumento y a su vez que los mismos estudiantes solicitaran a compañeros o conocidos el completarlo.

El instrumento era completado en aproximadamente 8 minutos. Análisis de datos: Se calculó el coeficiente KMO y la prueba de esfericidad de Bartlett. Se realizó un Análisis Factorial Confirmatorio con el modelo de Máxima Verosimilitud. Los Índices de modificación se usaron para realizar las modificaciones pertinentes al modelo. Se consideraron como criterios para verificar la bondad de ajuste del modelo: prueba de chi cuadrada (χ^2), chi cuadrada sobre sus grados de libertad (χ^2/g), residuo cuadrático medio de aproximación (RMSEA) con su intervalo de confianza (CI), índice PCLOSE, índice de bondad de ajuste (GFI), índice ajustado de bondad de ajuste (AGFI), índice de Tucker-Lewis (TLI), índice de bondad de ajuste comparativo (CFI).

RESULTADOS

Las pruebas de adecuación muestral arrojaron un índice KMO = .87, y la prueba de esfericidad de Bartlett = 3437.48 p

DISCUSIÓN

Con este estudio se determina que la estructura tetrafactorial del MBSRQ obtenida con el análisis exploratorio previo se conserva, con la misma denominación anteriormente establecida de los factores: “Evaluación de la Apariencia” (EA), “Orientación a la salud física (OSF), “Conductas que promueven la salud” (CPS) y “Acciones para procurar la apariencia” (APA). No obstante, el instrumento queda organizado por 18 reactivos de los 35 planteados originalmente. Si bien el índice ajustado de bondad de ajuste (AGFI) mostró un ajuste marginal, debido a que este es sensible al tamaño de la muestra (La Du & Tanaka, 1989), cabe señalar que todos los criterios presentan valores que entran en los rangos de aceptable a elevado, por lo cual con este análisis factorial confirmatorio se establece que el MBSRQ validado en universitarios mexicanos presenta una óptima validez de constructo. Las diferencias que se encontraron entre el análisis factorial exploratorio y el confirmatorio del MBSRQ realizados ambos por nuestro equipo fueron debidos a que el error de las sentencias mostraba una fuerte covariación. No obstante, la verificación de los índices de modificación, así como el análisis conceptual de cada uno permitió realizar los cambios apropiados para determinar un modelo válido para el MBSRQ. De esta manera se refuerza la importancia del MBSRQ como un instrumento de gran utilidad en contextos clínicos y educativos, donde es necesaria una adecuada evaluación de la imagen corporal por la relación que se ha encontrado entre la insatisfacción con el propio cuerpo con problemáticas como una baja autoestima, depresión, ansiedad social, inhibición y disfunciones sexuales, trastornos de la conducta alimentaria o en enfermedades o lesiones físicas adquiridas y sus tratamientos, en casos como el cáncer, el VIH / SIDA, o las enfermedades de la piel (Romo, 2014). Finalmente se puede concluir que un Modelo de Ecuaciones Estructurales es una valiosa herramienta para la validación de un modelo teórico que representa un fenómeno tan complejo como lo es la imagen corporal. Una de las limitaciones de este estudio es la necesidad de realizar un análisis de invarianza factorial entre sexos que se espera sea retomada en

futuros estudios.

REFERENCIAS

- Batista-Foguet, J. M., Coenders, G., & Alonso, J. (2004). Análisis factorial confirmatorio. Su utilidad en la validación de cuestionarios relacionados con la salud. *Medicina clínica*, 122(1), 21-27. Recuperado de:
https://www.researchgate.net/profile/Joan_manuel_Batista-foguet/publication/277156595_04_SUPLEMENTO_2_21-27/links/55641b4b08ae6f4dcc98c10d.pdf
- Blanco Ornelas, L. H., Viciano Ramírez, J., Aguirre Chávez, J. F., Zueck Enríquez, M. D. C., Pando, B., & Verónica, E. (2017). Composición factorial del Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ) en universitarios mexicanos. Recuperado de:
http://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/51190/Blanco%20Ornelas_Instrumental%20study.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Blanco-Ornelas, J. R., Álvarez-Mendoza, G., Rangel-Ledezma, Y., y Gastelum-Cuadras, G. (2017). Imagen corporal en universitarios: Comparaciones por género. *Revista de Educación y Desarrollo*, 41, 71-75. Recuperado de
http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/41/41_Blanco.pdf
- Botella García del Cid, L., Ribas Rabert, E., y Ruiz, J. B. (2009). Evaluación psicométrica de la imagen corporal: Validación de la versión española del Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18(3). Recuperado de
<http://www.redalyc.org/html/2819/281921775006/>
- Cash, T. F. (2015). Multidimensional Body–Self Relations Questionnaire (MBSRQ). In *Encyclopedia of feeding and eating disorders* (pp. 1-4). Springer Singapore. Recuperado de
https://www.researchgate.net/profile/Aly_Bailey/post/What_is_the_best_body_image_measurement_available_and_can_I_please_get_a_link_to_the_scale2/attachment/59d62aed79197b8077989518/AS%3A341114021269509%401458339328650/download/MBSRQ+Manual+%283rd+edition%29+%282%29.pdf
- Cruzat-Mandich, C., Díaz-Castrillón, F., Pérez-Villalobos, C. E., Lizana, P., Moore, C., Simpson, S., y Oda-Montecinos, C. (2017). Factor structure and reliability of the Multidimensional Body–Self Relations Questionnaire in Chilean youth. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 1-12. Recuperado de
<https://link.springer.com/article/10.1007/s40519-017-0411-z>
- Escobedo Portillo, M. T., Hernández Gómez, J. A., Estebané Ortega, V., & Martínez Moreno, G. (2016). Modelos de ecuaciones estructurales: características, fases, construcción, aplicación y resultados. *Ciencia & trabajo*, 18(55), 16-22. Recuperado de:

- https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-24492016000100004&script=sci_arttext
- Kirszman, D., & Salgueiro, M. D. C. (2015). Imagen Corporal. Dimensiones mediadoras en la psicopatología y modalidades de intervención. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 6(2), 129-136. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S200715232015000200129&script=sci_arttext
- La Du, T. J., & Tanaka, J. S. (1989). Influence of sample size, estimation method, and model specification on goodness-of-fit assessments in structural equation models. *Journal of Applied Psychology*, 74(4), 625. Recuperado de: <http://psycnet.apa.org/record/1989-38703-001>
- López, H. J. V., Arévalo, R. V., Díaz, J. M. M., y Martínez, A. O. R. (2014). Psychometric properties of the Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ). *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 5(2), 107-114. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007152314720063>
- Romo López, G. F. (2014). Insatisfacción corporal y las habilidades sociales en los alumnos de los octavos años del Colegio González Suárez (Bachelor's thesis). Recuperado de: <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/7652/1/Gabriela%20Romo.pdf>
- Schilder, P. (2013). *The image and appearance of the human body*. E.U.A.: Routledge. Recuperado de: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=vtL7AQAQAQBAJ&oi=fnd&pg=PA11&dq=paul+schilder&ots=LKo5ERJBRR&sig=FM6pINrJTzNkBIGw_a_wGdqV2RQ#v=onepage&q=paul%20schilder&f=false
- Vaquero-Cristóbal, R., Alacid, F., Muyor, J. M., y López-Miñarro, P. Á. (2013). Imagen corporal: revisión bibliográfica. *Nutrición hospitalaria*, 28(1), 27-35. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112013000100004&script=sci_arttext&tlng=en
- Velázquez López, H. J., Vázquez Arévalo, R., Mancilla Díaz, J. M., y Ruíz Martínez, A. O. (2014). Propiedades psicométricas del Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ). *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 5(2), 107-114. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-15232014000200005&script=sci_arttext

JKSC21.- Estrés postraumático y violencia percibida asociados a la guerra contra el narcotráfico en Durango

Sandra Elizabeth Loera Jiménez, Oliverio Leonel Linares Olivas
Facultad de Psicología y Terapia de la Comunicación Humana

INTRODUCCIÓN

En una visión de control social para enfrentar el narcotráfico, el Estado coacciona los estados anímicos a través de la confrontación directa, la guerra. Esta posición militarizada en donde el Estado se encarga de certificar la seguridad de la ciudadanía hizo que desde el 2006 el gobierno de México iniciara una guerra frontal contra el narcotráfico. Uno de los resultados de tales acciones del gobierno ha sido el gran número de personas desaparecidas. Hasta 2014 se contó con una cifra oficial de 27,420 personas desaparecidas. A pesar de ello, no existe un registro fidedigno de las causas específicas de las desapariciones (secuestro, asesinato, reclutamiento forzado) aunque se sabe que están asociadas con la guerra contra el narcotráfico (Esparza, 2015).

En 2014 el estado de Durango ocupó el lugar 16 en número de desaparecidos. En múltiples ocasiones, la población ha sido víctima de tales enfrentamientos. Indiscutiblemente, sufrir daño físico es el impacto más evidente, desde resultar lesionado, hasta ser desaparecido o asesinado. Sin embargo, el daño psicológico que es producto de la violencia también es un factor de igual importancia (Flores, Reyes & Reidl; 2014). De hecho, ha sido catalogado por la OMS (2002) como un problema de salud pública. Algunos estudios han encontrado que las personas que han sido expuestas a situaciones de violencia política tienden a juzgar como menos positivismo el clima social, muestran emociones negativas respecto al pasado y tienden a asumir un difuso propósito de vida (Cárdenas, Páez, Rimé, Bilbao & Asún, 2014). Se es consciente de las formas de evitar los conflictos que traen consigo efectos negativos en agentes externos al propio problema, los ciudadanos. Todo ello, en aras de afirmar la seguridad social y libertad a los miembros de una sociedad. Tal política, al parecer, guarda una relación asimétrica entre el discurso y los miles de muertos y desaparecidos en México. Sin embargo, mientras el daño físico es evidente en la población, el daño psicológico resulta más complicado de detectar.

PROBLEMA

Durante la administración de Calderón, el número de homicidios se incrementó un 24%, hasta llegar a 27213 homicidios solo en el 2011 (Molzahn, Rodriguez y Shirk, 2013). El crimen organizado es responsable de gran parte de los homicidios, ya que la violencia es resultado de las luchas entre los cárteles de la droga. Solamente en el año 2012 hubo 9744 homicidios en todo el país que fueron asociados con el crimen organizado. Uno de los factores más palmario

dentro del conflicto ha sido el estrés postraumático asociado a la guerra contra el narcotráfico. Hasta el 2005, la prevalencia de trastorno de estrés post traumático (TEPT) asociado a la guerra en México se mantenía en niveles bajos en contraste con los índices mundiales (Medina-Mora, Borges, Lara, Ramos, Zambrano & Fleiz, 2005). Tradicionalmente, se ha asociado el estrés postraumático a síntomas que aparecen asociados a la experiencia de situaciones de violencia. Linares (2015) en investigaciones anteriores observó niveles considerables de evitación en la población duranguense, además de existir manifestaciones somáticas en los niveles leves, moderados y graves de TEPT. Los síntomas de ansiedad también estaban presentes tanto en niveles ausentes de estrés como en leves, moderados y graves. Ante este horizonte, se planteó continuar la investigación realizada en 2015 por Linares en donde se explora la prevalencia de algunos síntomas de TEPT asociados a la guerra contra el narcotráfico en un grupo de la población general de la ciudad de Durango.

MÉTODO

Participantes: Se realizó una técnica de muestreo aleatorio para poblaciones finitas (Kerlinger & Lee, 2002) en donde se obtuvo una muestra de 665 personas al nivel de confianza de 99% y error máximo de estimación de 5%, con una probabilidad de ocurrencia del 0.05. Se agregaron 164 casos para efectos de sobre muestra para controlar la mortalidad. Se obtuvo un total de 829 participantes.

Instrumento: Se utilizó la Escala de gravedad de síntomas de estrés postraumático (DSM-IV) de Echeburúa, Corral, Amor, Zubizareta y Sarasua (1997). Se trata de un cuestionario dividido en cuatro factores:

1) re-experimentación de síntomas. 2) conductas de evitación. 3) ansiedad 4) manifestaciones somáticas. Consta de 17 reactivos basados en los criterios diagnósticos del DSM IV. Procedimiento: se pidió a los participantes que mencionaran si habían presenciado o sufrido algún evento violento derivado de las acciones del ejército o la policía durante la guerra contra el narcotráfico y que considerando sus pensamientos y emociones respecto a esos eventos respondiera la escala. Éste fue el único criterio de inclusión. Por grupos, los aplicadores acudieron a las colonias correspondientes al código postal seleccionado y aplicaron las encuestas de acuerdo con los criterios de sexo y edad. Los datos fueron analizados en el programa IBM SPSS 20.

RESULTADOS

En el diagnóstico general más de una cuarta parte, el 27.8%, muestra un nivel leve de TEPT asociado con la guerra contra el narcotráfico. Además, más de la mitad de los encuestados tiene síntomas moderados y graves (25.2% y 25.6% respectivamente). Al revisar por síntomas específicos atendiendo a su gravedad las Manifestaciones somáticas (27.4% en grave) son las principales. Siguen el aumento de la activación (que son síntomas de ansiedad, con un 25.8% en grave),

Re experimentación de síntomas (25.4% en grave) y Evitación (25.3% grave). Al desagregar la percepción de disminución de la violencia y la mejora en la seguridad en el lugar de residencia por sexo y estado civil, se observó que no hay diferencias. Es decir, hombres y mujeres en cualquier estado civil perciben que la violencia en su entorno no ha disminuido y por consecuencia no se sienten seguros en el sitio donde residen. Para evaluar el nivel de confianza en la policía y los políticos se preguntó directamente si confían en tales instituciones. Se observó que hay bajo nivel de credibilidad. El 90% y 95% expresa no tener confianza en tales instituciones, respectivamente, aunque es más bajo para los políticos. Adicionalmente, el 85% de los encuestados no cree que las cosas vayan a mejorar en México. Un alto índice de los encuestados (una cuarta parte) presenta síntomas graves de TEPT. Si se toman en cuenta los síntomas moderados y graves, esto aumenta a más de la mitad. El hecho de que una cuarta parte de los encuestados manifieste reacciones somáticas, aún después de años de que ha disminuido el número de eventos violentos en la ciudad, es un indicador de la magnitud con que la población civil ha tenido daño psicológico. Desconocemos la forma en que las personas han afrontado el trastorno de estrés postraumático.

DISCUSIÓN

El objetivo de esta investigación fue el de evaluar el nivel de síntomas de Trastorno de estrés post traumático (TEPT) que se presenta en un grupo de 829 personas –no militares ni policías– que resultaron expuestas a eventos violentos asociados con la guerra contra el narcotráfico en la ciudad de Durango. El principal hallazgo es que un alto índice de los encuestados (una cuarta parte) presenta síntomas graves de TEPT. Si se toman en cuenta los síntomas moderados y graves, esto aumenta a más de la mitad.

Recordemos que a las personas se les conminó a que pensarán en los eventos violentos a los que estuvieron expuestos y en ese tenor se realizó la encuesta. También se observó que los efectos negativos de la guerra contra el narcotráfico afectan igualmente a mujeres y hombres, sin distinguir la edad ni el estado civil. Hasta 2005, la prevalencia de personas que habían presenciado eventos violentos era del 1% (Medina-Mora et al. 2005) en México. Sin embargo, en la ciudad que se analiza se observa una notable diferencia en la prevalencia de personas expuestas a violencia, incluso alcanzando niveles más altos que ciudades que se han caracterizado por guerras constantes como la franja de Gaza, por ejemplo. Esta es una de las consecuencias ocultas, poco investigadas, de las acciones que inició el expresidente Calderón en su intento de controlar a los cárteles de la droga. Entonces, resulta evidente que la decisión de que el ejército se encuentre en las calles de diversas ciudades del país combatiendo a los cárteles de la droga no ha sido benéfico para la población. El hecho de que una cuarta parte de los encuestados manifieste reacciones somáticas, aún después de años de que ha disminuido el número de eventos violentos en la ciudad, es un indicador de la magnitud con que la población civil ha tenido daño psicológico. Desconocemos la forma en que las personas han afrontado el trastorno de estrés postraumático.

REFERENCIAS

- Cárdenas, M., Páez, D., Rimé, B., Bilbao, Á., & Asún, D. (2014). Personal emotions, emotional climate, social sharing, beliefs, and values among people affected and unaffected by past political violence. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, 20(4):452.
- Esparza, Duarte, M. Y. (2015) Impacto psicológico y propuesta de intervención para familiares de personas víctimas de una desaparición forzada a causa de la guerra contra el narcotráfico. Tesis no publicada. Universidad Juárez del Estado de Durango, Facultad de Psicología y terapia de la comunicación humana. México.
- Flores, Morales, R. Reyes, Pérez, V. Reidl, Martínez, L.M. (2014, enero-julio). El impacto Psicológico de la Guerra Contra el Narcotráfico en Periodistas Mexicanos. *Revista Colombiana de Psicología*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/804/80431219011.pdf>
- Kira, I. A., Alawneh, A. W. N., Aboumediene, S., Lewandowski, L., & Laddis, A. (2014). Dynamics of oppression and coping from traumatology perspective: The example of Palestinian adolescents. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, Vol 20(4), Nov 2014, 385-411. <http://dx.doi.org/10.1037>
- Medina-Mora, M., Borges-Guimaraes, G., Lara, C., Ramos-Lira, L., Zambrano, J., & Fleiz-Bautista, C. (2005). Prevalence of violent events and post-traumatic stress disorder in the Mexican population. *Salud pública de México*, 47(1): 8-21.
- Pat-Horenczyk, R., Ziv, Y., Asulin-Peretz, L., Achituv, M., Cohen, S., & Brom, D. (2013). Relational trauma in times of political violence: Continuous versus past traumatic stress. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, 19(2): 125.
- Peña Galbán, L. Y., Espíndola Artola, A., Cardoso Hernández, J., & González Hidalgo, T. (2007). La guerra como desastre. Sus consecuencias psicológicas. *Humanidades Médicas*, 7(3).
- Rosen, J.D. Martínez, Zepeda, R. (2014, julio, 14). La guerra contra el narcotráfico en México: una guerra perdida. *Revista Reflexiones*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/729/72941346011.pdf>
- Somer, E., & Ataria, Y. (2015). Adverse Outcome of Continuous Traumatic Stress: A Qualitative Inquiry. *International Journal of Stress Management*, Vol 22(3), Aug 2015, 287-305. <http://dx.doi.org/10.1037/a0038300>

JKSC22.- El perfil psicológico del paciente con cardiopatía valvular candidato a cirugía de corte invasivo

Gerardo Aguirre López, Carlos Gonzalo Figueroa López), Bertha Ramos Del Rio, Karla Lizeth Navarrete Morales
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM

INTRODUCCIÓN

La cardiopatía valvular representa una de las enfermedades cardíacas más importantes en cuanto a la detección, diagnóstico y tratamientos. Uno de los procedimientos que más se realiza para intervenir esta enfermedad es la cirugía de corte invasivo, esta, puede resultar algo preocupante para los pacientes que la llevaran a cabo debido al método que emplea. Los pacientes tributarios de cirugía de válvulas cardíacas que requieren de procedimientos invasivos experimentan sentimientos ambivalentes. Por una parte, representa la posibilidad de recuperar la salud y por otra, constituye una fuente generadora de miedo e incertidumbre ante la posibilidad de complicaciones (Cárdenas et al, 2011).

A pesar de que las técnicas quirúrgicas se han actualizado para disminuir los riesgos en la vida de los pacientes, la cirugía constituye indudablemente un evento estresante, alrededor de la cual existen preocupaciones. El corazón tiene cuatro válvulas, las cuales normalmente, se abren para que la sangre fluya a través o hacia afuera del corazón y luego se cierran para impedir que vuelva en dirección contraria, pero algunas veces no funcionan adecuadamente, entonces, puede ocurrir alguna de las siguientes situaciones: a) regurgitación: la sangre se filtra a través de la misma válvula en sentido contrario; b) prolapso, es decir, la válvula a veces tiene aletas flexibles o flojas y no cierra bien, o c) estenosis: cuando la válvula no se abre lo suficiente e impide el flujo de sangre. Los problemas valvulares pueden aparecer al momento del nacimiento o ser consecuencia de infecciones, infartos, enfermedades o lesiones del corazón. Con todo ello, el conocer un perfil psicológico que los pacientes presentan previo a recibir un evento como lo es una cirugía cardíaca, nos permite describir algunas variables como el estrés, la ansiedad y su calidad de vida, cómo éstas repercuten en la atención de la enfermedad valvular y saber que estrategias de afrontamiento psicológico pueden servir para su tratamiento.

PROBLEMA

Los pacientes con cardiopatía valvular se someten a un procedimiento invasivo, es una técnica quirúrgica que involucra el uso de instrumentos y requiere la penetración del tejido, estos generan sentimientos ambivalentes en los pacientes constituye indudablemente un evento estresante, alrededor del cual existen preocupaciones sobre: miedo a no despertar de la anestesia; sentir dolor provocado por los procedimientos invasivos; la autonomía y las condiciones físicas; la supervivencia y la recuperación; la separación de la familia y del hogar así como el

carácter impersonal de la propia hospitalización, provocando altos niveles de ansiedad que repercuten en el paciente

La ansiedad es la más común y universal de las emociones, hace referencia a las diferencias individuales, en la manera como las personas responden a situaciones amenazantes. Estos autores la categorizan en tres niveles: leve, moderado y severo. El estrés es considerado el disparador de numerosas enfermedades cardiovasculares en individuos susceptibles: isquemia cerebral (ictus) y sobre todo miocárdica (angina de pecho, infarto sintomático o asintomático). Obliga al corazón a trabajar más intensamente, las coronarias, que nutren al músculo cardíaco, requieren mayor aporte energético (Fernández, 2012). *“La Calidad de Vida Relacionada con la Salud se refiere a la evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios, y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permite seguir aquellas actividades que son importantes para el individuo y que afectan a su estado general de bienestar”* Estas variables en conjunto generan una pregunta entorno a los pacientes que realizan un procedimiento referente a su enfermedad, la cual es: ¿Cuál es el perfil psicológico que presentan los pacientes con cardiopatía valvular, candidatos a cirugía de corte invasivo del Hospital de Cardiología, del Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS?

MÉTODO

Se realizó un análisis descriptivo en el cual se evaluaron las propiedades psicométricas de las escalas y cuestionarios para poder obtener un perfil con las características psicológicas de los pacientes con cardiopatía valvular.

Participantes, se realizó una muestra intencional no probabilista en la que fueron seleccionados 60 pacientes hospitalizados con diagnóstico de cardiopatía valvular con edades que oscilan entre los 22 y 85 años, en donde 31 pacientes fueron mujeres y 29 hombres.

Instrumentos: Para este estudio se utilizaron los siguientes instrumentos: Evaluación de estrés, Escala de Ansiedad y Depresión hospitalaria (HADS) y Cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

El estudio se realizó en el Hospital de Cardiología del Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS, ubicado en Avenida Cuauhtémoc 330, Doctores, 06720 Cuauhtémoc, CDMX. La primera evaluación se realiza con la escala de estrés, la cual consiste en contestar, en conjunto con el paciente, características que nos permitan identificar los síntomas que presentan antes de un evento quirúrgico, se le explicó a cada paciente la dinámica de trabajo y se les pidió que contestaran si presentaron los síntomas mencionados en cada pregunta, conociendo si estos aparecen siempre, frecuentemente, en ocasiones o nunca los padecieron. Posteriormente se aplicó la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS) la cual hace referencia a los estilos de afrontamiento que se pueden tener ante un evento quirúrgico y cómo esto repercute en su vida diaria. Por último, se

aplicó el Cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) el cual consistió en conocer las limitaciones y síntomas físicos que han surgido durante el diagnóstico de su enfermedad valvular y cómo estos han impactado en su calidad de vida. Al finalizar la aplicación de los tres instrumentos señalados se les agradeció su participación.

RESULTADOS

Se realizó un análisis descriptivo por medio del programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 22.0 donde se obtuvieron las medias y frecuencias de las variables medidas en el estudio, a continuación, se presentan las tablas con los resultados encontrados. Se muestra las medias de las tres variables estudiadas (estrés, ansiedad y calidad de vida), en donde se refleja que el estrés se encuentra en un nivel bajo en la población, con una media de 18.25, en cuanto al nivel de ansiedad en los pacientes se muestra una media de 2.93 y en calidad de vida 69.7850. Se realizó una separación por sexos para conocer el nivel en que cada variable afecta a hombres y mujeres en esta situación. Se muestran las medias de las variables estrés, ansiedad y calidad de vida en relación con los hombres de la muestra (29); el estrés tiene una media de 17.41, es decir, se encuentra un nivel bajo; la media de ansiedad es de 2.41 lo cual denota que es casi nulo el nivel de esta variable en los hombres y la calidad de vida es bueno, tomando en cuenta que la media es de 72.9669, aunque puede mejorar. Se muestran las medias de las variables estudiadas en relación a la población de mujeres. La media de estrés es de 19.03, lo cual ubica esta variable en un nivel bajo; la media de ansiedad es 3.42, con ello la ubica en un nivel leve/moderado y la calidad de vida se encuentra con una media de 66.8084. Se realizó el análisis de las frecuencias de las respuestas de la escala de estrés para conocer los ítems más señalados por los pacientes y así identificar la categoría de pertenencia. Este instrumento cuenta con cuatro categorías: físicas, conductuales, emocionales y cognitivas. De lo mencionado previamente, la categoría con mayor incidencia fue la cognitiva (ítem 28 y 29), seguida de la física (ítem 9 y 12) y finalmente la conductual (ítem 20). Se reportan 5 ítems considerados como mayormente significativos por las frecuencias obtenidas en los pacientes: boca seca, consumo de café, dificultad para concentrarse, recordar cosas y tensión muscular. Un 35% del total de pacientes a veces presenta tener la boca seca, el cual es un indicador físico de estrés. Se observa que el 38.3% de los pacientes presentan tensión muscular algunas veces. El ítem correspondiente al consumo de café, se reporta que el 33.3% de los pacientes lo realizan en algunas ocasiones, mientras que el 10% lo hace con mayor frecuencia. Se reporta que el 26.7% de los pacientes en ocasiones presenta dificultad para concentrarse. El 51.7% de los pacientes reportan que algunas veces presentan dificultad para recordar cosas, en contraste a ello solo el 33.3% asegura no presentar este tipo de dificultad cognitiva.

DISCUSIÓN

Tomando en cuenta los resultados obtenidos en el estudio, podemos determinar que el perfil psicológico de un paciente que presenta una cardiopatía valvular consta de un nivel de estrés bajo, el cual está determinado por algunos síntomas físicos (boca seca y tensión muscular), síntomas conductuales (el consumo de café) y síntomas cognitivos (dificultad para concentrarse y dificultad para recordar cosas). En relación a ello, las mujeres presentan niveles más altos de estrés al contrario de los hombres.

En cuanto a la ansiedad que se presenta en ellos, podemos determinar que esta se encuentra en un nivel leve/moderado, considerando los estilos de afrontamiento que los pacientes puedan llevar a cabo para el proceso quirúrgico. En relación al sexo, podemos determinar que las mujeres presentan niveles más altos de ansiedad que los hombres.

Por último, la calidad de vida de estos pacientes se considera que es buena, aunque esta puede mejorar en condiciones favorables para ello, realizando estrategias psicológicas que permitan al paciente que un proceso como lo es una cirugía de corte invasivo no genere alguna afectación en su calidad de vida, se encontró que existe diferencia entre hombres y mujeres en relación a las limitaciones físicas, a los síntomas que presentan a través del tiempo, su autoeficacia y su interferencia social. En relación a los datos obtenidos, podemos identificar que el perfil psicológico de un paciente presenta diversos aspectos que nos permiten crear y aplicar un programa de intervención con estrategias de afrontamiento psicológico, estas tienen como objetivo ayudar a reducir los niveles de estrés, ansiedad y que su calidad de vida vaya en aumento, de igual manera permitirá que el paciente pueda afrontar un evento de corte invasivo, como lo es una cirugía, de una forma menos impactante tanto física como emocionalmente y esto nos generará llevar un tratamiento adecuado para los pacientes.

REFERENCIAS

- Cardenas Manuel (2011). Semblanza resumida de 80 años de archivos de cardiología de México. Archivos de cardiología de México. Editorial Elsevier, 151-153
- Del Refugio Zavala-Rodríguez, M., del Carmen Ríos-Guerra, M., García-Madrid, G., & Rodríguez-Hernández, C. P. (2009). Funcionalidad familiar y ansiedad en pacientes adultos con enfermedad crónica. *Aquichan*, 9(3), 257-270.
- Fernandez Alonso, Cesareo (2012) El estrés y las enfermedades cardiovasculares. Libro de la salud cardiovascular. Editorial Panamericana, Capítulo 66, 583-591
- Soto, M., & Failde, I. (2004). La calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en pacientes con cardiopatía isquémica. *Revista de la sociedad Española del Dolor*, 11(8), 53-62.
- Vinaccia, S., & Orozco, L. M. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas*, 1(2), 125-137.

JKSC23.- Reconocimiento de expresiones faciales emocionales en pacientes con HSAt.

Beneditt Cruz Ramírez

Facultad de Psicología, UNAM

INTRODUCCIÓN

La hemorragia subaracnoidea traumática (HSAt) se refiere a la sangre que se encuentra en el líquido cefalorraquídeo, cisternas basales y el espacio subaracnoideo que se encuentra entre la aracnoides y la piamadre, como producto de un traumatismo craneoencefálico, este último se considera la cuarta causa de muerte, afectando más a hombres que a mujeres, con una prevalencia mayor entre 15 a 45 años de edad. Se sabe que el TCE ocasiona disfunciones cognitivas, principalmente en atención y memoria, sin embargo, en la HSA se conocen los efectos en aquella de origen aneurismático, no así cuando ocurre por un trauma de cráneo, en donde se han explorado los efectos en el lenguaje, memoria y atención. Una de las habilidades que es importante en la interacción social es la capacidad de reconocer expresiones faciales emocionales (REFE), para que el individuo y los otros sean capaces de reaccionar o adecuar su conducta ante dicha emoción. Este proceso se basa en la configuración de las características que forman un rostro, dada por la presencia de dos ojos, una nariz, una boca, la existencia de más elementos en la parte superior del rostro que en la parte inferior. La percepción de una expresión facial involucra únicamente la observación de cómo se muestra la expresión, mientras que en el reconocimiento de una expresión facial se requiere del constructo de la emoción expresada, es decir, el conocimiento previo que se tenga de ella (Adolphs, 2002; Revueltas y Ramírez, 2016). Para que el REFE pueda ser llevado a cabo, las estructuras cerebrales que participan son la corteza prefrontal, particularmente la vía medial ventral, responsable de asociar un evento con una experiencia emocional, permitiendo el desarrollo y almacenamiento de emociones vinculadas a eventos. Por su parte, los lóbulos temporales, el área fusiforme y la amígdala también se relacionan con el reconocimiento de afecto facial (Radice-Neumann et.al, 2007).

PROBLEMA

Como ya se ha mencionado, la capacidad de reconocer y expresar emociones, ayuda al individuo a reconocer y adaptarse apropiadamente a su medio, por lo tanto, es una habilidad necesaria para que se dé una adecuada interacción social. Ahora bien, dicha habilidad, puede verse afectada por alguna condición, ya sea psicológica, o por una lesión cerebral. Y pese a que, se ha investigado ampliamente el REFE asociado al trauma de cráneo, no sucede lo mismo acerca de este proceso en los pacientes con HSAt, pues no hay suficiente información que los relacione. Es importante conocer cómo se lleva a cabo dicho proceso en los pacientes con HSAt, ya que, de ser necesario, se puede incluir la valoración del REFE en la evaluación general que se realiza a los pacientes

después de este tipo de lesiones, así como proponer planes de intervención que disminuyan las deficiencias en las interacciones sociales que se presenten. Por tanto, el objetivo de esta revisión es conocer los efectos que este tipo de lesión cerebral puede provocar en el REFE, describir las limitaciones de los estudios que ya se han realizado sobre el tema, y a partir de ello proponer futuras investigaciones que permitan describir dicho proceso en población mexicana.

MÉTODO

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica exhaustiva de la evidencia disponible en relación a los efectos que tiene el traumatismo craneoencefálico, con o sin la hemorragia subaracnoidea traumática, sobre el reconocimiento de expresiones faciales emocionales. Para ello, los sitios de búsqueda utilizados fueron las bases de datos, PubMed y PsycINFO. Se emplearon como descripciones o palabras clave, los siguientes términos tanto en español como en inglés; “facial recognition/ reconocimiento facial”, “traumatic subarachnoid hemorrhage/hemorragia subaracnoidea traumática” y “traumatic brain injury/traumatismo craneoencefálico”, en un principio se utilizaron las abreviaturas TCE y HSA, sin embargo, no se arrojaron todos los resultados en las bases de datos; además se combinaron con los operadores booleanos “AND” y “OR”. Los criterios de inclusión que se tomaron en cuenta para la revisión, fueron los siguientes; el idioma en que estuvieran escritos los artículos debía ser inglés o español, se incluyeron artículos originales o revisiones bibliográficas, los participantes estudiados podrían pertenecer a cualquier etnia y sexo, y que el año de publicación fuera igual o posterior al 2000, se excluyeron cártiles y opiniones. Finalmente, se realizó una búsqueda manual para seleccionar los artículos que fueran relevantes para esta revisión, de los cuales sólo 5 se revisaron a profundidad para este trabajo.

RESULTADOS

Los resultados de la búsqueda en las bases de datos especializadas, arrojaron 233 publicaciones que incluían los términos “facial recognition” y “traumatic brain injury”, para “traumatic subarachnoid hemorrhage” se identificaron 2,441 publicaciones, sin embargo, no se encontró alguna referencia bibliográfica que incluyera los términos “facial recognition” y “traumatic subarachnoid hemorrhage”. Los artículos encontrados en su mayoría son acerca de los efectos del traumatismo craneoencefálico sobre el REFE, por lo que a continuación se describirán los hallazgos más relevantes. Un estudio señala que los pacientes adultos con TCE severo en etapa crónica, presentaron dificultades significativas en interpretar las expresiones faciales emocionales, puesto que la capacidad que mostraron para emparejar las emociones básicas presentadas con las situaciones sociales que las pueden desencadenar, fue menor debido a un deterioro en el procesamiento de la emoción. Asimismo, otros investigadores han señalado que en los pacientes con TCE moderado a severo, las dificultades se presentan al asignar una categoría a la emoción vista, más que a la percepción de la misma. Lo que

apunta a que la deficiencia del reconocimiento facial puede ocurrir en diferentes etapas cognitivas después de un TCE. Por otra parte, cuando a la fotografía de la expresión facial emocional le acompaña la prosodia vocal de la emoción, se observa que los pacientes con TCE no se benefician de estas señales para el reconocimiento de la emoción, lo cual sugiere que la vía cerebral está más comprometida a causa del daño. Del mismo modo, otros investigadores se han centrado en encontrar diferencias en el reconocimiento de expresiones faciales emocionales en pacientes con TCE leve y severo, y se ha descrito que cuanto mayor es la severidad en el TCE se presentan más dificultades para reconocer expresiones faciales de emociones negativas como el miedo. Lo cual indica el desempeño en una tarea de REFE será distinto dependiendo de la gravedad de la lesión.

DISCUSIÓN

Los resultados de esta revisión revelan que una lesión cerebral traumática se relaciona con la presencia de dificultades en el reconocimiento de expresiones faciales emocionales, sin embargo, ningún estudio hasta ahora ha vinculado a la HSAt con las dificultades en el REFE. Si bien las lesiones provocadas debido a un TCE suelen ser difusas, esto mismo ocasiona que las áreas cerebrales relacionadas con el REFE sean vulnerables al daño (Revueltas y Ramírez, 2012). Algunas de las limitaciones encontradas en los estudios revisados son que, en su mayoría, las evaluaciones se realizaron durante la fase crónica, en la cual se ha descrito intervienen variables que intervienen en el desempeño del REFE, como los niveles de ansiedad y depresión o un deterioro en la calidad de vida de los participantes, que no se han tomado en cuenta en dichos estudios. Por otra parte, las emociones que se utilizan en las investigaciones no son las mismas, por ejemplo, algunos incluyen una emoción “neutral”; al mismo tiempo, los estímulos empleados en las tareas de REFE son distintos en cada estudio. Por lo tanto, se propone realizar una investigación que permita describir, el reconocimiento de expresiones faciales de las seis emociones básicas más una expresión neutral, en población mexicana con HSAt, tanto en etapa aguda y crónica, y de este modo sea posible relacionar variables cognitivas, emocionales y sociales que están implicadas en el REFE. Una vez descrito el proceso de REFE vinculado a la HSAt en dicha población, se considera integrar una tarea del REFE, como una evaluación indispensable para los pacientes con este padecimiento, para describir tanto las posibles secuelas en dichas habilidades, como para disponer de estrategias de rehabilitación, que permitan compensar las deficiencias que sin duda repercuten en las habilidades sociales de los pacientes después de un trauma de cráneo con presencia de hemorragia subaracnoidea.

REFERENCIAS

- Drapeau, J., Gosselin, N., Peretz, I., & McKerral, M. (2016). Emotional recognition from dynamic facial, vocal and musical expressions following traumatic brain injury. *Brain Injury*, 31(2): 221-229.

- Knox, L., & Douglas, J. (2009). Long-term ability to interpret facial expression after traumatic brain injury and its relation to social integration. *Brain And Cognition*, 69(2): 442-449.
- Radice-Neumann, D., Zupan, B., Babbage, D., & Willer, B. (2007). Overview of impaired facial affect recognition in persons with traumatic brain injury. *Brain Injury*, 21(8): 807-816.
- Revueltas, A., & Ramírez, M. (2016). Analisis en el reconocimiento de expresiones faciales emocionales en niños y adolescentes. *Edupsykhé. Rev. Psicología y Educación*, 15(1): 53-74.
- Spell, L., & Frank, E. (2000). *Journal Of Nonverbal Behavior*, 24(4): 285-300.

JKSC24.- El papel de las imágenes en los nuevos libros de texto de primaria en México

**Elena Rueda Pineda, Frida Reyes Téllez, Paola Ruby Guzmán
Cervantes y César Báez Martínez**

Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM

INTRODUCCIÓN

En años recientes, el estudio de las imágenes presentadas en los libros de texto de educación básica es una línea de investigación importante dentro de la psicología educativa. El papel que éstas tienen en el proceso de enseñanza-aprendizaje se ha resaltado en numerosas investigaciones, tanto teóricas como empíricas (Barquero, Schnotz & Reuter, 2002, López-Majón & Postigo, 2014; Mares, Rivas, Pacheco, Rocha, Dávila, Peñalosa & Rueda, 2006; Perales & Jiménez, 2002; Prendes, 1996). Tomando en cuenta el protagonismo de los libros de texto en primaria, Perales y Jiménez (2002) señalan que éstos son los que sustentan la actividad del docente en las aulas; además de convertirse, muchas veces, en el único referente del saber científico. Alrededor del 50% de la superficie de estos libros es ocupado por imágenes y a estas no se les concede la importancia que debería. Las imágenes se incorporan en los textos por diversas razones, pero en las investigaciones que han clasificado el uso o papel que ellas tienen, se concuerda con lo siguiente: 1) decoran los libros, 2) describen situaciones o procesos y 3) explican ideas implícitas del tema abordado. Desde una perspectiva interconductual, Mares, et al. (2006) proponen que el análisis de los materiales educativos debería centrarse en determinar si éstos promueven el desarrollo e integración de competencias observacionales, operativas y lingüísticas; además de determinar si se favorece el desligamiento de estas competencias, respecto de las circunstancias situacionales. Al analizar las imágenes contenidas en las lecciones de biología de los libros de primaria correspondientes al plan 1993-2009, encuentran que tan sólo en el 10% de ellas se solicita la realización de alguna actividad, decrementando con ello, la probabilidad de transferencia de lo aprendido. En este trabajo, se parte de esta última propuesta para el análisis de las imágenes relativas al dominio de conocimiento "seres vivos", de los libros de texto publicados en México en el año 2018 por la Secretaría de Educación Pública (SEP), en los diferentes grados escolares de primaria.

PROBLEMA

Desde principios del Siglo XXI, diferentes países han participado en procesos evaluativos implementados por organismos internacionales tales como la OCDE o la ONU. En dichas evaluaciones, los estudiantes mexicanos no logran alcanzar los puntajes promedios esperados y en un esfuerzo por elevar la calidad educativa en nuestro país, la SEP continúa modificando diferentes aspectos del sistema educativo, entre los cuales se encuentran los libros de texto. Considerando que la alteración en uno de los elementos de dicho sistema, podría conducir a una

modificación en las interacciones en el aula, resulta relevante dirigirnos al análisis de los libros de texto. Con base en el modelo psicológico desarrollado originalmente por Ribes y López (1985), se considera que las interacciones maestro-alumnos-objetos educativos pueden estructurarse en niveles funcionales de complejidad creciente. La noción de desligamiento funcional, entendida como la posibilidad que tienen los individuos de interactuar en diferentes grados de independencia con los elementos de la situación concreta, constituye la base de la clasificación desarrollada por este modelo. En este contexto, las imágenes pueden funcionar como sustitutos de los eventos o fenómenos que se tratan en los contenidos escritos y el desarrollo de competencias observacionales, operativas y lingüísticas depende en gran parte, del nivel de complejidad de las actividades que con ellas se realicen. Por lo anterior, los objetivos del trabajo son: 1) Analizar el tipo de actividades que se promueven con las imágenes contenidas en los libros de texto de primaria con el fin de determinar el nivel de complejidad de éstas, y 2) Determinar diferencias en el uso de las imágenes entre los libros de texto de diferentes grados escolares.

MÉTODO

La muestra estuvo compuesta por un total de 311 imágenes: 46 para primero; 51 para segundo y tercer grado; 50 para cuarto; 46 para quinto y; 67 imágenes para sexto grado.

Se seleccionaron todas las imágenes encontradas en los libros de texto del ciclo escolar 2018-2019, de primero a sexto grado de primaria, correspondientes al tema de “seres vivos”. Con excepción de los libros de primero y segundo grado, este tema se encontró en el Bloque II del libro de Ciencias Naturales. El resto se encontró en las lecciones correspondientes a las plantas y los animales en el libro de Conocimiento del Medio.

Cada imagen fue localizada y numerada para ubicarla en alguna de las categorías de manera excluyente. La categorización de imágenes tuvo como base el catálogo de complejidad de actividades propuesto por Mares et. al (2018). Estas fueron: 1) Imagen “Decorativa”, sin relación con el contenido tratado en la lección; 2) Imagen “Ilustrativa” de objeto, fenómeno o proceso tratado en la lección; 3) Imagen de “Actividad Simple”, la cual promueve de manera directa observar, colorear, nombrar o ubicar las imágenes en al menos dos categorías: i.e. “carnívoros y herbívoros”; 4) Imagen de “Actividad Compleja”, que promueve el desarrollo de hipótesis, explicaciones y descripciones de los fenómenos. Con el 30% de la muestra se obtuvo un porcentaje de confiabilidad de 99%, realizado entre dos codificadores independientes.

RESULTADOS

Una vez realizado el conteo y clasificación de imágenes acorde a la taxonomía propuesta se dio paso a evaluar el número total de imágenes por

categoría, con lo cual se sacaron los porcentajes correspondientes a cada grado escolar. En la categoría 1, de imágenes que no se relacionan con el contenido de la lección o tema (decorativas), se encontró que el mayor porcentaje de ellas aparecen en los libros de primer grado (36.95%) y segundo grado (47.05%); en el libro de quinto grado estas imágenes fueron poco frecuentes (8.69%), mientras que no se hallaron imágenes de este tipo en los libros de tercero, cuarto y sexto grado. En la categoría 2, correspondiente a imágenes ilustrativas, fue el libro de quinto grado (91.3%) el que presentó mayor cantidad de imágenes de este tipo. En los libros de tercero (66.66%), cuarto (76%) y sexto grado (80.59%) también fueron evidenciaron porcentajes altos. Finalmente, en los libros de primer (15.21%) y segundo grado (21.56%) se reportó una presencia baja de imágenes ilustrativas. En la categoría 3, de actividades simples o de baja complejidad, se encontró la mayor cantidad de imágenes en el libro de primer grado (34.78%); porcentajes más bajos fueron hallados en los libros de segundo (17.64%), tercero (19.6%) y cuarto (24%) grado. Por otro lado, el libro que incluye menos imágenes asociadas a actividades de baja complejidad es el de sexto grado (4.47%); en el libro de quinto grado se reportó una ausencia total en imágenes de esta categoría. En la categoría 4, correspondiente a imágenes que promueven actividades complejas, se encontró que es en el libro de sexto grado donde se encuentra la mayor concentración de imágenes (14.92%), sin embargo, la diferencia con los porcentajes encontrados en libros de tercero, segundo (13.72% para ambos casos) y primer grado (13.04%) no es grande, apenas es una diferencia menor del 2%. El análisis realizado en libros de cuarto y quinto grado reportó nula presencia de estas imágenes.

DISCUSIÓN

De acuerdo con López-Manjón y Postigo (2014), las imágenes ocupan un gran porcentaje de espacio en los libros de texto. Su efectividad, en el aprendizaje y transferencia, radica en la medida que se relacionen con actividades de mayor nivel de complejidad. A 25 años de diferencia entre los libros de texto de 1993 y los de 2018, en este trabajo se encuentran resultados muy similares a los reportados por Mares, et al. (2006), ya que tan sólo en el 13% de las imágenes se solicitó la realización de alguna actividad. En el actual reporte, adicionalmente se analizó el nivel de complejidad de las actividades, relacionadas con las imágenes, encontrándose porcentajes más elevados en las actividades del nivel simple que en las complejas. Se observaron algunas diferencias entre los libros de los dos primeros grados y los grados superiores, principalmente, en el uso de las imágenes decorativas. El alto porcentaje obtenido en esta categoría en libros de primero y segundo grado se debe a que en cada página de las lecciones analizadas se encontraba al menos una imagen en la parte baja de la misma, que no tenía ninguna relevancia respecto al texto. En algunas ocasiones, conforme se avanzaba a través de las páginas, se observó que las imágenes intentaban ilustrar una secuencia, pero tal esfuerzo era meramente decorativo, pues no había ninguna instrucción, frase o descripción textual para tales imágenes. De manera general, las imágenes que están más presentes en los libros de texto son aquellas que ilustran el contenido de las lecciones, pero que no proponen una interacción directa con ellas.

De acuerdo con lo planteado por Mares, et al. (2018), el aprendizaje y la transferencia de lo aprendido, depende en gran medida, de la complejidad en el nivel funcional de los ejercicios que se promueve con los objetos educativos. Cuando los ejercicios planteados en las lecciones son de mayor nivel de complejidad, la probabilidad de que el aprendizaje se generalice o se aplique a otras situaciones es mayor que cuando los ejercicios son de menor nivel de complejidad. Por lo anterior, resulta necesario realizar un análisis de las actividades que se promueven en los libros de texto, adicional al trabajo con las imágenes aquí realizado.

REFERENCIAS

- Barquero, B., Schnotz, W., & Reuter, S. (2000). Adolescents' and adults' skills to visually communicate knowledge with graphics. *Infancia y Aprendizaje*, 90, 71-87.
- López-Manjón, A., & Postigo, Y. (2014). Análisis de las imágenes del cuerpo humano en libros de texto españoles de primaria. *Enseñanza de las Ciencias*, 32 (3): 551-570.
- Mares, G., Rivas, O., Pacheco, V., Rocha, H., Dávila, P., Peñalosa, I., & Rueda, E. (2006). Análisis de lecciones de enseñanza de biología en primaria. Propuesta para analizar los libros de texto de ciencias naturales. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 11 (30), 883-911.
- Mares, G., Rueda, E., Rivas, O., Rocha, H., González, L., & Carrascoza, C. (2018). Complejidad de las interacciones Maestro-Alumnos-Objetos Educativos en Primaria en México. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*. 44(1), 46-70.
- Perales, F. J., & Jiménez, J. D. (2002). Las Ilustraciones en la enseñanza-aprendizaje de las ciencias. Análisis de libros de texto. *Enseñanza de las ciencias*, 20 (3), 369-386.
- Prendes, M. (1996). Análisis de imágenes en textos escolares. *Revista de Medios y Educación*, 6, 15-39.
- Ribes, E., & López, F. (1985). *Teoría de la conducta. Un análisis de campo y paramétrico*. México: Trillas.

JKSC25- Bienestar Psicológico en Estudiantes de la FES Zaragoza

**Gerardo García Rojas, Carlos Alberto Vargas Becerril Y Fabiola Itzel
Villa George**

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM

INTRODUCCIÓN

En la historia de la psicología, ha habido dos principales perspectivas que desarrollan el tema del bienestar: la hedónica y la eudaimónica (Peterson, Park y Seligman, 2005; Ryan y Deci, 2001). La hedónica nos habla de que el placer es el mayor bien para el hombre, el cual aporta la mayor felicidad, y se asocia en la actualidad con la perspectiva del bienestar subjetivo, entendido en términos de ausencia de emociones negativas, experiencia de emociones positivas y satisfacción vital (Diener, Suh, Luca y Smith, 1999; Kim- Prieto, Diener, Tamir, Scollon y Diener, 2005). Por otra parte, la eudaimónica menciona que la felicidad está formada por un conjunto de variables como lo son la autodeterminación, el logro de metas, el sentido de la vida, la actualización de los potenciales personales y la autorrealización; esta concepción se asocia al bienestar psicológico, que incluye el crecimiento personal y la actualización de las capacidades como evidencia de funcionamiento psicológico positivo (Keyes, 2006; Ring, Höfer, McGee, Hickey y O'Boyle, 2007; Ryan y Huta, 2009). Además de que estas dimensiones tienen una relación directa con las planteadas por Carol Ryff

Históricamente las ciencias de la salud se han enfocado más en la reducción del dolor y el sufrimiento que en el desarrollo de las capacidades individuales y colectivas. (Vázquez, 2009). Por estemotivo, surgió la llamada psicología positiva, con el objetivo de estudiar los aspectos científicos de las experiencias y rasgos positivos en las personas. (Seligman, 2000). Dentro de la psicología positiva se han desarrollado dos perspectivas clásicas en la conceptualización del bienestar: la hedónica, centrada en la búsqueda de la felicidad y la reducción o alejamiento del sufrimiento, y la eudaimónica, que establece el concepto de bienestar como un balance de diversos aspectos sociales e individuales en las personas. (Peterson, Park y Seligman, 2005; Ryan y Deci, 2001). Ryff (1989) desde una perspectiva eudaimonia describe al bienestar psicológico como un constructo formado de 6 dimensiones: Autoaceptación, Dominio del entorno, Autonomía, Crecimiento personal, Relaciones positivas y Proyecto de vida. La variable que más se ha estudiado respecto al nivel de bienestar psicológico es el género, del cual varios autores presentan distintas evidencias. Lee (1993) encontró que las mujeres puntuaban significativamente más alto que los hombres en Relaciones Positivas y en Crecimiento Personal, mientras que en las 4 dimensiones restantes no hubo diferencia significativa. Ryff y Keyes (1995) hallaron que las mujeres puntuaban significativamente más alto en Relaciones Positivas, Propósito de vida y autonomía. En cuanto al bienestar percibido en las carreras, Sandoval (2016) no encontró diferencia entre carreras del área de la salud.

PROBLEMA

¿Cuál es la diferencia estadística entre hombres y mujeres del nivel de bienestar psicológico?

Históricamente las ciencias de la salud se han enfocado más en la reducción del dolor y el sufrimiento que en el desarrollo de las capacidades individuales y colectivas. (Vázquez, 2009). Por este motivo, surgió la llamada psicología positiva, con el objetivo de estudiar los aspectos científicos de las experiencias y rasgos positivos en las personas. (Seligman, 2000). Dentro de la psicología positiva se han desarrollado dos perspectivas clásicas en la conceptualización del bienestar: la hedónica, centrada en la búsqueda de la felicidad y la reducción o alejamiento del sufrimiento, y la eudaimónica, que establece el concepto de bienestar como un balance de diversos aspectos sociales e individuales en las personas. (Peterson, Park y Seligman, 2005; Ryan y Deci, 2001). Ryff (1989) desde una perspectiva eudaimonia describe al bienestar psicológico como un constructo formado de 6 dimensiones: Autoaceptación, Dominio del entorno, Autonomía, Crecimiento personal, Relaciones positivas y Proyecto de vida. La variable que más se ha estudiado respecto al nivel de bienestar psicológico es el género, del cual varios autores presentan distintas evidencias. Lee (1993) encontró que las mujeres puntuaban significativamente más alto que los hombres en Relaciones Positivas y en Crecimiento Personal, mientras que en las 4 dimensiones restantes no hubo diferencia significativa. Ryff y Keyes (1995) hallaron que las mujeres puntuaban significativamente más alto en Relaciones Positivas, Propósito de vida y autonomía.

MÉTODO

Se utilizó un cuestionario de datos sociodemográficos elaborado para este estudio, el cual contenía variables como sexo, edad, carrera, ocupación, etc. Además se usó la escala de bienestar Psicológico de Ryff (1989), adaptado por Díaz et al para la población española, que analiza los datos en una escala tipo Likert y cuenta con 6 sub escalas: Auto aceptación (α : .747, Ej. ítem: “Cuando repaso la historia de mi vida, estoy contento de cómo han resultado las cosas”), Autonomía (α : .437, Ej. Ítem: “Me preocupa como otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida”), Relaciones positivas (α : .632, Ej. ítem: “No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar”) Dominio del Entorno (α : .483, Ej. Ítem: “Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga”) , Crecimiento Personal (α : .428, Ej. Ítem: “En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo”) y Propósito de Vida (α : .747, Ej. Ítem: “Disfruto de hacer planes a futuro y trabajar para hacerlos realidad”). Los participantes fueron seleccionados mediante un método no probabilístico por conveniencia en el cual, a las personas que estuvieron de acuerdo con participar, se les pidió que completaran la Escala de bienestar psicológico de Ryff (1989), adaptado por Díaz et al para la población española. Además, se administraron otras 2 Escalas que no fueron utilizadas en este estudio. La tasa de respuesta fue del 85.29%.

RESULTADOS

Las variables socio demográficas resultaron ser bastante homogéneas, exceptuando una minoría de diferencias, la muestra quedó con 25% de estudiantes de cada carrera, de los cuales la mayoría no tienen pareja, trabajan de manera informal y en un cargo operativo. Para comparar las diferencias entre género, se calculó una "T de student" como se puede observar en la tabla 1, además se realizó un análisis extra para comparar las diferencias entre carreras. El objetivo de la investigación fue demostrar las diferencias estadísticas existentes entre los diferentes niveles de bienestar psicológico en hombres y mujeres, no obstante, esta investigación se extendió, pasando hacia una comparación entre las distintas carreras de la FES Zaragoza.

En las frecuencias de las variables sociodemográficas se puede notar que la muestra fue bastante homogénea, hubo una pequeña diferencia de participantes hombres y mujeres, los alumnos de cada carrera son aproximadamente 25% de cada una, la mayoría se encuentra sin pareja actualmente, hay una predominante de estudiantes que trabajan de manera informal y la mayoría de estos, su cargo es operativo.

Se puede observar que las diferencias significativas se presentaron en las subescalas de "Relaciones Positivas", "Autonomía" y "Dominio del Entorno" con lo cual solo concuerda con una parte de la hipótesis, notando que la diferencia en la escala de relaciones positivas fue significativamente mayor para el sexo femenino. Las otras diferencias significativas no se esperaban de acuerdo con las hipótesis, sin embargo, gracias a estas se puede notar que las mujeres también tienen un mayor grado de autonomía que los hombres y, asimismo, también presentan un mayor nivel de dominio del entorno que los hombres. Se puede observar la comparación de medias de acuerdo con el grupo de edad a que pertenece la muestra, sin embargo, en esta variable no fue posible encontrar una diferencia significativa, no obstante, esto puede deberse a que los 2 grupos de edad no son muy similares en cuanto a tamaño se refiere ya que en el primer grupo de edad (17-25 años) se encontraban 273 personas del total de la muestra y en el segundo grupo de edad (26-35 años) solo había 17 personas, los grupos de edad fueron distribuidos de esta manera para que la distribución de edad fuera equitativa para cada grupo (cada grupo abarcaba 9 años aproximadamente). Se encontraron algunas diferencias significativas en las escalas de dominio del entorno y autonomía, se puede observar que los alumnos pertenecientes a la carrera de psicología tienen un mayor nivel de dominio que los alumnos de la carrera de biología, sin embargo, poseen un nivel menor de autonomía que los alumnos de la carrera de Odontología. Además, los alumnos de la carrera de odontología también poseen un mejor nivel de autonomía que los alumnos de la carrera de Biología y asimismo un mayor nivel de dominio del entorno.

DISCUSIÓN

El objetivo general de la investigación era analizar cuál de los géneros tenía un mayor nivel de bienestar en las diferentes subescalas esperando encontrar resultados similares a los de Ryff (1989) sin embargo resulta interesante conocer que los resultados son distintos ya que esto podría sugerir que el contexto es un factor determinante en el establecimiento de bienestar de las personas. Algunas conclusiones del estudio que se pueden destacar es que se encontró que las mujeres tienen un mayor nivel en las dimensiones de relaciones positivas, autonomía y desarrollo del entorno, lo que en cierta manera confirma lo que Ryff, Lee y Na (1993) encontraron en sus estudios. Este es un descubrimiento muy interesante, ya que demuestra que las características de la cultura no influyen en gran manera al momento de hablar acerca del bienestar psicológico. Otro hallazgo importante es la diferencia entre el bienestar en las carreras, análisis que no estaba planeado inicialmente pero que resultó de bastante interés. En conclusión, podemos decir que dependiendo de la carrera que se estudien se tendrán niveles más altos en diferentes escalas del bienestar psicológico, lo cual podría dar pie a investigaciones futuras.

En cuanto a la edad, es necesario decir que el estudio en cierta manera fue inconsistente para el estudio desde este ámbito, ya que la diferencia tan grande entre el tamaño de una muestra y la otra no puede dar resultados precisos. En relación a la edad, es necesario decir que el estudio en cierta manera fue inconsistente para el estudio desde este ámbito, ya que la diferencia tan grande entre el tamaño de una muestra y la otra no puede dar resultados precisos. Sin embargo, un punto de interés sería el estudiar la diferencia de los niveles de bienestar en estudiantes entre los que se encuentran en los primeros niveles de la carrera y los que están a punto de finalizarla ya que los resultados de estudiantes de diferentes carreras no revelaron grandes hallazgos, pero en comparación con otros estudios de ese tipo, se podrían encontrar resultados interesantes.

REFERENCIAS

- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle C. y van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3): 572-577.
- Peterson, C., Park, N. y Seligman, M. E. P. (2005). Orientaciones para la felicidad y la satisfacción con la vida: La vida plena versus la vida vacía. *Diario de estudios de la felicidad*, 6, 25-41.
- Ryff, C. D. (1991). Possible Selves in Adulthood and Old Age: A Tale of Shifting Horizons. *Psychology and Aging*, 6, 286-29. doi:10.1037//0882-7974.6.2.286
- Ryan, R. y Deci, E. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 141-166. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.141

- Vázquez (2009). La ciencia del bienestar psicológico. En C. Vázquez & G. Hervás (Eds.), La ciencia del bienestar: fundamentos de una psicología positiva. Madrid: Alianza Editorial.
- Ryff, C. D. y Keyes, C. L. M. (1995). The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality and Social*
- Ryff, C. D., Lee, Y. H. y Na, K. C. (1993). Through the lens of culture: Psychological well-being at midlife. Comunicación presentada en el encuentro de la Gerontological Society of America, New Orleans, LA.
- Sandoval, B. S. (2016). Bienestar psicológico en estudiantes de carreras de la salud. Departamento de Salud, Universidad de Los Lagos, Puerto Montt, Chile

JKSC26.- Identificando el nivel de estrés en las trabajadoras sociales del “HOSPITAL REGIONAL DE PEMEX” en una ciudad del sureste de México

**Gladys de los Ángeles Romero Aguirre¹, Maricruz Hernández Juárez¹
María Teresa Andrade García y Claudia Soledad De la Fuente Pérez**
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco¹ y UJAT²

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2015 el 75% de los trabajadores mexicanos padeció estrés. Se define el estrés como el “conjunto de reacciones fisiológicas que preparan al organismo para la acción” (OMS, SPC consulting group, 2007). “El estrés es un fenómeno natural en todo organismo. Es la respuesta a reacciones específicas en términos de estímulos y, en ese sentido, puede ser negativa o positiva. (Uribe, 2015)” (Verduzco, Hernández, & Ibarra, 2018). Inicialmente el estrés es positivo para todos, es parte del proceso de adaptación ante las diferentes demandas que tenemos, es un mecanismo de supervivencia la respuesta inicial a todos los retos, cuando el estrés se excede nos provoca malestar y desagrado puede ser intenso y duradero, al final el estrés no solo puede dañar las actividades laborales, si no que este llega a dañar las relaciones sociales, familiares, etc.

En muchos casos el estrés se relaciona con la depresión y que tiene como consecuencia diversos problemas mentales, consideramos que lo importante no es enfocarse solo en el futuro, sino el presente, desde conocer la existencia de estrés en las trabajadoras sociales, hasta la prevención, es decir marcar estrategias para lidiar e identificar sus niveles de estrés. El estrés forma parte de nuestra rutina diaria, las consecuencias que este tiene se relacionan con nuestro rendimiento, estado de ánimo, salud física, salud mental, etc. Esto nos lleva a tener un interés en como este estrés puede llegar a afectar a los trabajadores es decir presentar estrés laboral lo que se conceptualiza según (OIT, 2014) como: El conjunto de fenómenos que se suceden en el organismo del trabajador con la participación de agentes estresantes derivados directamente del trabajo o que, con motivo de este, pueden afectar la salud del trabajador. Es un problema que afecta a la productividad, al causar daño en la salud física y mental de los trabajadores, se considera además como causa directa e indirecta de accidentes de trabajo, que afecta la organización laboral, el contexto social, familiar con repercusiones en el comportamiento del trabajador que van desde involucrarse en abuso de drogas, depresión, ansiedad, desordenes de sueño y malos hábitos alimenticios.

Al hablar de los estresores en las organizaciones (Verduzco, Hernández, & Ibarra, 2018) lo define como: Los principales estresores en el contexto de las organizaciones se asocian con la presión de trabajo, desajustes del clima y la dinámica organizacional, remuneración inadecuada, ausencia de apoyo del grupo

y de la supervisión, falta de autonomía, relaciones interpersonales insatisfactorias, ausencia de un plan de carrera, condiciones desfavorables en el ambiente de trabajo, relaciones conflictivas con lo superiores o falta de orientación para el desarrollo de las tareas.

PROBLEMA

En palabras del Dr. Francisco Becerra, subdirector de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) durante el seminario de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de la salud (OMS) en 2017, mencionó que "El estrés laboral no es extraño para ninguno de nosotros. Hoy el mundo del trabajo con sus avances industriales, la globalización, el desarrollo tecnológico y las comunicaciones virtuales nos impone retos y condiciones que con frecuencia exceden los límites de nuestras habilidades y capacidades. Su resultado es el estrés, que puede conducirnos a disfunciones físicas, mentales y sociales; incluso dañar nuestra salud, merman nuestra productividad y afectar nuestros círculos familiares y sociales." Obtenido de (OMS, Estrés laboral es una carga para los individuos, los trabajadores y las sociedades, 2016).

Con base a lo anterior surge la inquietud de explorar e identificar los niveles de estrés en las trabajadoras sociales del Hospital Regional de Pemex Villahermosa el cual está ubicado en la Av. MANUEL GIL Y SÁENZ 307, CENTRO, CENTRO, TAB, C.P.86000, en el que se encuentran un servicio de urgencias, un servicio de hospitalización, que laboran las 24 horas en el servicio de trabajo social, así como servicio de recepcionistas, control de consulta, control de nefrología, control de citas foráneas, voceo, informes, laborando de lunes a viernes, las cuales son trabajadoras sociales pero sus funciones son de recepcionistas y ese nombre se le asigna al puesto.

MÉTODO

Este proyecto se llevó a cabo en el marco de estudio de la licenciatura como modalidad de titulación, con la finalidad de identificar los niveles de estrés en el departamento de trabajo social en el área hospitalaria. Se definió este estudio como cuantitativo, transversal y descriptivo debido a que aborda una población definida y se basa en la frecuencia de las conductas que ejemplifican la presencia del estrés por lo que la muestra está comprendida por 9 trabajadoras sociales, de las cuales 6 pertenecen al servicio de hospitalización y 3 al servicio de urgencias que representan la muestra total de la población del hospital regional de Villahermosa, se llevó a cabo mientras que el personal se encontraba en horas laborales, se explicó en qué consistía el instrumento, la entrevista y la finalidad de este, se esperó a que pudieran contestar las entrevistas, y se les dejó el formato del instrumento por mayor facilidad para ellas, debido a su carga laboral.

Con el fin de obtener los diferentes niveles de estrés se utilizó como instrumento la adaptación del cuestionario de estrés laboral de la Organización

Internacional del Trabajo y la Organización Mundial de la Salud (OIT/OMS). Dicho instrumento es validado por la (OIT/OMS), y su adaptación fue publicada en la revista de salud pública y nutrición (Aguilar, Serrano, & Moreno, 2007) consta de 25 ítems. Para complementar los resultados realizamos una entrevista estructurada individual con 14 preguntas en las que tenemos como finalidad identificar las opiniones específicas de las trabajadoras sociales acerca del estrés que puedan presentar durante sus labores de acuerdo a los siguientes factores: clima laboral, desgaste emocional, apoyo organizacional y relaciones interpersonales, así como también con la intención de conocer los detalles y la percepción de cada una sobre su propio espacio de trabajo.

RESULTADOS

Con los resultados de este estudio podemos encontrar que los niveles de estrés de forma general en las trabajadoras sociales son bajos siendo el rango bajo 0-90. Encontramos así que los factores que se encuentran sobre los límites del rango bajo son clima organizacional 1, tecnología 4 e influencia de líder 5. Estos resultados se ubican en el rango bajo de estrés 0-90, se establece así que los niveles de estrés no afectarían el desempeño general de las trabajadoras sociales. Las respuestas de este instrumento ejemplifican la relación que menciona la teoría de desajuste entre demandas y recursos del trabajador según Harrison (1978), ya que establece una relación entre los recursos de los trabajadores, la influencia o apoyo del líder, el ambiente en el que se desarrolla la persona. Como lo menciona (Gulone, 2011) en su estudio. Se realiza un análisis individual para evidenciar la existencia de dichos estresores, de los cuales se encuentran puntuaciones intermedias y de estrés en el análisis individual, como es el caso del estresor falta de cohesión, en el que se encuentran puntuaciones de 10 a 15, estableciendo un nivel de estrés intermedio. De igual forma el estresor influencia de líder, que de 9 personas 4 tienen puntuaciones de 12 a 20, estableciendo así un nivel de estrés intermedio. En las entrevistas se recupera en cuanto a la percepción de las trabajadoras sociales sobre su estancia en la empresa que ninguna se siente inconforme en su lugar de trabajo, la relación con los pares y pacientes se considera buena, aunque explican que en ocasiones se presentan problemas, ya sea por el trato del paciente, o por la falta de compañerismo. Sobre los aspectos a mejorar en la empresa, las trabajadoras sociales consideran las limitaciones en la toma de decisiones, el mobiliario, la falta de insumos que necesitan para realizar sus funciones, la comunicación, y la disposición de los médicos y enfermeras. De acuerdo con Maslach y Jackson (1982) el desgaste emocional es la pérdida progresiva de energía, cansancio, desgaste, fatiga. Condición en la que los trabajadores afirman que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo. Obtenido de (Prado, Clima y ambiente organizacional, 2014).

DISCUSIÓN

El estudio del estrés es muy amplio, ya que existen diversas teorías, y también diferentes formas de afrontar el estrés, no es suficiente la percepción de

uno mismo para definir la existencia de estrés, y con la ayuda de la adaptación del cuestionario de estrés OIT/OMS, podemos concluir que las trabajadoras sociales del Hospital Regional de Pemex Villahermosa, presentan niveles bajos de estrés, lo cual es benéfico para ellas y su empresa, ya que estos niveles no obstruyen la realización de su trabajo. Sin embargo, las trabajadoras si presentan factores que ejemplifican la falta del apoyo organizacional según el concepto de Gutiérrez y Ángeles (2012) según el modelo SWS (SELF, WORK, SOCIAL) como la sensación de que las políticas organizacionales y los elementos del entorno favorecen plenamente la expresión de las capacidades y habilidades de la persona, en todos los sentidos. Esto se menciona en el libro de (Prado, Psicología del trabajo. Un entorno de factores psicosociales saludables para la productividad, 2018). Y en este caso encontramos una percepción constante de falta de apoyo del jefe, así como problemas con el mobiliario y falta de materiales en la empresa imposibilitando así la realización optima de su trabajo en la empresa.

En aspectos positivos encontramos los alcances de sus funciones que les permite acompañar al paciente, ver y observar los resultados de su trabajo cumpliendo el objetivo de su puesto brindar ayuda a los pacientes. Debido a esto se propone un plan de intervención que se basa en presentar estrategias como soluciones para que las trabajadoras sociales puedan identificar sus niveles de estrés, mejorar la comunicación, relacionarse más con los aspectos tecnológicos en su empresa y mejorar la cohesión de su equipo, debido a que la empresa no permite una interacción más a fondo con los empleados, se realizó en forma de trípticos informativos, explicando los objetivos de transmitir esta información.

REFERENCIAS

- Aguilar, S. M., Serrano, M. d., & Moreno, M. P. (2007). Adaptación de la escala de estrés laboral organizacional para trabajadores mexicanos. Salud pública y nutrición.
- OMS. (28 de abril de 2016). Estrés laboral es una carga para los individuos, los trabajadores y las sociedades. Obtenido de OPS / OMS Oficina regional para las Américas : https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11973:workplace-stress-takes-a-toll-on-individuals-employers-and-societies&Itemid=135&lang=es
- Prado, J. F. (2014). Clima y ambiente organizacional. Edo. de México: Manual Moderno.
- Prado, J. F. (2018). Psicología del trabajo. Un entorno de factores psicosociales saludables para la productividad. Edo. de México: Manual Moderno.
- Verduzco, R. O., Hernández, C. G., & Ibarra, S. M. (2018). El estrés en el entorno laboral. Curso-taller CULCyT, 33-34.

JKSC27.- Relación entre funciones ejecutivas y depresión en pacientes con hemorragia subaracnoidea traumática

Luis Ángel Beciez Ordoñez
Facultad de Psicología, UNAM

INTRODUCCIÓN

La hemorragia subaracnoidea (HSA) puede ocurrir debido a complicaciones vasculares o a un traumatismo en el encéfalo, esta última es la más común de las hemorragias y consiste en el escape de sangre por la rotura de un vaso arterial o venoso provocado por algún traumatismo craneoencefálico (TCE) alojándose en el espacio subaracnoideo (Huerta et al. 2010). Con frecuencia la sangre producida por la hemorragia se concentra alrededor del origen de la misma, pero tiende a extenderse y volverse difusa en el espacio subaracnoideo, pero también puede tener alcance hacia estructuras del parénquima cerebral y en el sistema ventricular (Rodríguez y Rodríguez, 2011).

Las consecuencias de una HSA, ya sea de tipo vascular o traumática, incluyen alteraciones en la cognición, y aunque en su mayoría ocurren dentro de los primeros 3 meses adyacentes al evento, existe evidencia de deterioro cognitivo incluso 75 meses después del evento; siendo los dominios cognitivos más afectados la memoria, el funcionamiento ejecutivo y el lenguaje (Al-Khindi et al. 2010). Las funciones ejecutivas (FE) incluyen procesos como la atención, memoria de trabajo, toma de decisiones o control inhibitorio. Debido a su amplia función, las FE han recibido diferentes definiciones, algunas de ellas son la habilidad y capacidad para formular, planificar y ejecutar objetivos (Lezak, 1995). De forma particular se ha vinculado a la corteza prefrontal en la debida realización de este dominio cognitivo. Por lo que es prudente señalar, que hay diversas patologías y circunstancias que provocan un déficit en este proceso. La depresión es un trastorno afectivo más frecuente en la población, el cual, a su vez, es comórbido con otros trastornos incluyendo las lesiones cerebrales. Una persona con depresión cursa con síntomas emocionales, conductuales, cognitivos y somáticos, que pueden afectar su calidad de vida e inclusive pueden provocar discapacidad.

Diversos estudios han sugerido que pacientes con depresión tienen dificultades en la habilidad de inhibir, planificar y resolver problemas, iniciación y autorregulación de problemas, flexibilidad mental, fluidez verbal, toma de decisiones, memoria de trabajo y atención, además de disminución en la fluidez verbal (Roca et al. 2016).

Hasta el momento, los estudios en pacientes con hemorragia subaracnoidea aneurismática (HSAa) revelan puntuaciones ligeramente bajas en atención dividida, flexibilidad mental, memoria y fluidez verbal, además de quejas persistentes con respecto a irritabilidad, depresión, fatiga y desempeño cognitivo (Buunk et al. 2016).

Por otro lado, en pacientes con trauma craneoencefálico (TCE) severo y HSA padecen de distrés durante el tratamiento médico, y altos niveles de ansiedad y depresión, pero, no hace mención de otras habilidades cognitivas que se puedan estar viendo afectadas debido a la lesión (Rueckriegel et al. 2015). Debido a que la relación entre FE, depresión y HSA ha sido estudiada escasamente, y al observar los efectos que la alteración en estos procesos puede impactar de forma relevante en la recuperación y calidad de vida de los pacientes, es que se plantea realizar la siguiente revisión de la literatura.

PROBLEMA

En México una de las principales causas de internamiento hospitalario es por una Hemorragia Subaracnoidea (HSA) específicamente de tipo traumático, a pesar de este hecho la literatura que habla sobre este fenómeno no es muy amplia y se centra únicamente en efectos emocionales adversos que provoca. En su mayoría hablan sobre eventos vasculares, en su mayoría de HSA de tipo aneurismática, y los efectos que tiene en procesos cognitivos. Ya se ha hablado de la relación que existe entre la depresión y procesos de las Funciones ejecutivas los cuales están presentes en eventos como la HSA de tipo aneurismática, pero existe escasa o nula bibliografía que hable de este tipo de relación en el caso de la HSA de tipo traumático por lo que se busca recabar información para describir el desempeño de procesos cognitivos de las Funciones ejecutivas con relación al grado de depresión que pudiera estarse presentando en personas que tengan hayan pasado por un evento de HSA de tipo traumático y encontrar si hay una relación entre el grado de traumatismo y la disminución en habilidades de los procesos ya mencionados. Por último, también se espera encontrar si el grado de traumatismo que se haya suscitado que desató la HSA tuviera una correspondencia con el tiempo que perduren las afecciones cognitivas y su recuperación posterior al evento traumático.

MÉTODO

Para la redacción de este resumen se llevaron a cabo búsquedas de artículos científicos en las bases de datos Medline y Scopus por ser las bases de datos que concentran la mayoría de los artículos científicos relacionados con temas médicos y cuyos archivos incluyen información desde 1946 y 1960, respectivamente. La búsqueda se realizó en inglés e incluyó todos los artículos publicados en español ya que los artículos contienen resumen y palabras claves en inglés. No hubo limitación respecto al lugar dónde se hayan realizado los estudios ya sean revistas mexicanas o extranjeras. Las palabras clave que se utilizaron para realizar la búsqueda fueron “subarachnoid hemorrhage” y “traumatic brain injury”. Además, se realizó búsqueda en las bases de datos Pub Med, PsycInfo y Psyc Articles, por su especialidad en temas de psicología, usando los mismos términos mencionados anteriormente, además de los términos “executive functions”, “depression” y “traumatic brain injury”. Se hizo la búsqueda sin restricciones de años de publicación, dando preferencia aquellos con fecha anterior a 2018, también se revisó artículos que estuvieran en inglés o español sean, metaestudios, artículos

de revisión o artículos o experimentales que pudieran brindar información de procesos cognitivos y afectivos durante y después de daño cerebral adquirido.

RESULTADOS

La revisión bibliográfica revela que, de manera aislada durante la presencia del trastorno de depresión independientemente de su grado, se ven afectados procesos psicológicos de las Funciones Ejecutivas tales como memoria, atención dividida, flexibilidad mental y fluidez verbal. Así mismo, cuando ocurre una HSA de tipo aneurismática se puede observar que se presenta una disminución en procesos de las Funciones Ejecutivas, mismos que se ven afectados ante la presencia de trastorno de depresión, además de la presencia trastornos afectivos como depresión, ansiedad y quejas de irritabilidad. Por lo que respecta a la bibliografía que explora procesos cognitivos durante la presencia de HSA de tipo traumático es escasa a pesar de ser la principal causa de HSA en la población y únicamente se centra en alteraciones emocionales que pudieran resultar a causa de la lesión y del tratamiento médico, siendo ansiedad y depresión las que se presentan, sin especificar el grado en el que lo hace y sin hacer mención de otros procesos cognitivos que se pudieran ver afectados.

A pesar de esto, se menciona que los procesos cognitivos afectados por una HSA ya sea de tipo aneurismática o traumática, están presentes durante los 3 meses adyacentes al evento, pero puede extenderse hasta 75 meses posteriores al evento afectando principalmente procesos de memoria, lenguaje y funciones ejecutivas. Cabe mencionar que en la bibliografía consultada no se hizo mención de la localización de la lesión y el grado de traumatismo por parte de los que presentaron HSA de tipo traumático, por lo que no se cuentan con datos del tiempo que persistan estas alteraciones dependiendo del grado de la lesión, así como el proceso más afectado de acuerdo a la localización de la lesión, tomando en cuenta que estas lesiones son difusas y no afectan específicamente áreas cerebrales o procesos cognitivos específicos.

DISCUSIÓN

La evidencia demuestra que existe una relación entre procesos cognitivos de las Funciones Ejecutivas y depresión aun cuando no hay presencia de daño cerebral adquirido. La mayoría de la evidencia respalda que cuando sucede un evento de HSA de tipo aneurismática se ven afectados procesos cognitivos de las Funciones ejecutivas, tal como atención dividida, flexibilidad mental, memoria y fluidez verbal, mismos procesos que se encuentran afectados cuando una persona que no ha tenido ningún tipo de daño cerebral adquirido padece el trastorno de depresión, por lo que podemos asegurar que las estructuras cerebrales que se encargan del funcionamiento ejecutivo se ven involucradas ante un trastorno afectivo y después de daño cerebral adquirido.

La incógnita que aún permanece y motivo por el cual se realizó esta revisión

bibliográfica es la manera en que este fenómeno se suscita cuando ocurre la HSA de tipo traumática, que si bien sabemos produce afectaciones en procesos cognitivos variados, así como secuelas emocionales, se desconoce cómo se ven relacionados estos procesos dependiendo del área dónde se haya suscitado el evento hemorrágico, el tamaño de la misma y el grado del trauma que se haya padecido, para que de igual forma determinar si la severidad del trauma influye tanto en el grado de afectación de las Funciones ejecutivas con relación a la depresión y su tiempo de recuperación.

Por lo que se sugiere realizar un estudio de una muestra de personas con HSA de tipo traumática dónde se evalúen estas funciones cognitivas, así como el funcionamiento emocional en sus fases aguda de la lesión para determinar de qué manera la severidad del trauma afecta estas dos variables y en su fase crónica para observar el proceso de recuperación de ambas variables. Así como otras variables que pudieran estar relacionadas o influyendo al desempeño cognitivo con población mexicana.

REFERENCIAS

- Al-Khindi, T., Macdonald, L. y Schweizer T. (2010) Cognitive and functional outcome after aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Stroke* 41(1):e519-e536.
- Huerta, L. F., Wilkins, A., Silva, R., y Than, M. T. (2010) Hemorragia subaracnoidea en el servicio de Admisión Continua del Centro Médico Nacional Siglo XXI. *Medicina Interna de México* 26(3): 238.
- Lezak, M. D. (1995) *Neuropsychological assessment*. New York: Oxford University Press.
- Marazziti, D., Consoli, G., Picchetti, M., Carlini, M, Faravelli, L. (2010) Cognitive impairment in major depression. *Eur Pharmacol* 626: 83-86.
- Roca, M., Vives, M. y Gili, M. (2016) Funciones ejecutivas en la depresión. *Psiquiatría biológica*. 23(1): 23-28.
- Rodríguez, P. L., y Rodríguez, D. (2011) Hemorragia subaracnoidea: epidemiología, etiología, fisiopatología y diagnóstico. *Revista cubana de neurología y neurocirugía*, 1(1): 62.
- Ruckriegel, S. M., Baron, M., Domschke, K., Neuderh, S., Kunze, E., Kessler, A. F., Nickl, R., Westermaier, T. y Ernestus, R. (2015) Trauma and distress associated mental illness symptoms in close relatives of patients with severe traumatic brain injury and high grade subarachnoid hemorrhage. *Acta Neurochir* 157: 1329-1336.
- Tirapu, J., Muñoz, J. M., Pelegrin, C. (2002) Executive Functions: The need for the integration of concepts. *Rev Neurol* 34.

VKSC28.- El Bienestar Psicológico Y El Bienestar Subjetivo En Estudiantes Universitarios

Irene Daniela Muria Vila¹, Milagros Damián Díaz², Obdulia Gabriela Lugo García¹

¹Facultad de Psicología, UNAM, ²Facultad de Estudios Superiores Iztacala

La educación emocional nos permitirá abordar una serie de problemas sociales, que están relacionados con la violencia, la ansiedad, el estrés, la depresión, las adicciones, entre otros. Todos estos aspectos se encuentran estrechamente relacionados con el bienestar psicológico y el bienestar subjetivo de las personas. Con la finalidad de resolver esta problemática en estudiantes universitarios, llevamos a cabo una investigación empírica de corte cualitativo-cuantitativo en donde se diseñó, aplicó y evaluó un taller de Educación emocional durante un semestre académico (30 horas durante 15 semanas, en una sesión de dos horas por semana), dirigido a seis estudiantes de sexto y octavo semestre de la Licenciatura en Psicología, de una universidad pública de la Ciudad de México. El marco teórico en el que se sustentó este trabajo fue la Psicología Positiva y la Inteligencia Emocional, nos basamos en el modelo de Inteligencia Emocional de Mayer, Salovey y Caruso (2000), este modelo consta de cuatro dimensiones que son: Percepción emocional, Facilitación emocional, comprensión emocional y Regulación emocional.

El objetivo general del programa de intervención fue el desarrollo de competencias emocionales entendidas como el conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes necesarias para tomar conciencia, comprender, expresar y regular de forma apropiada los fenómenos emocionales (Bisquerra, 2013). En relación a la Psicología Positiva consideramos el Modelo Multidimensional De Bienestar Psicológico que elaboró Ryff (1989) quien define al bienestar psicológico como el desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal, siendo éstos dos, los indicadores principales del funcionamiento positivo de las personas. Este Modelo Multidimensional De Bienestar Psicológico tiene seis dimensiones:

1. Auto-aceptación: Evaluación positiva presente y pasada.
2. Relaciones positivas con otros: Poseer o desarrollar relaciones de calidad con otros.
3. Autonomía: Sentido de autodeterminación.
4. Dominio del entorno: Capacidad de manejarse efectivamente en el ambiente que le rodea.
5. Crecimiento Personal: Sentido de crecimiento y desarrollo como persona.
6. Propósito En La Vida: Creer que la vida tiene significado y propósito.

Para medir estas dimensiones teóricas Ryff elaboró un instrumento conocido como “*Escalas de bienestar psicológico*” Posteriormente en 2006 sale publicada

una versión española por los siguientes autores: Díaz, Rodríguez-Carvajal, Blanco, Moreno, Gallardo, Valle y Dierendonck (2006). Esta versión abreviada es la primera desarrollada en castellano y se considera una buena herramienta para el estudio del bienestar psicológico en el campo de la psicología positiva, razón por la cual fue utilizada en esta investigación. En relación al bienestar subjetivo o felicidad, el cual se define como un estado psicológico positivo que se caracteriza por un nivel elevado de satisfacción con la vida, un nivel elevado de afecto positivo y un nivel bajo de afecto negativo. La afectividad positiva es considerada la dimensión en la que se sitúan sensaciones emocionales agradables en diferentes intensidades y la afectividad negativa es la dimensión en donde se encuentran las sensaciones emocionales desagradables de distintas intensidades (Carr, 2007).

PROBLEMA

La educación emocional nos permitirá abordar una serie de problemas sociales, que están relacionados con la violencia, la ansiedad, el estrés, la depresión, las adicciones, entre otros. Todos estos aspectos se encuentran estrechamente relacionados con el bienestar psicológico y el bienestar subjetivo de las personas. Con la finalidad de resolver esta problemática en estudiantes universitarios, llevamos a cabo una investigación empírica de corte cualitativo-cuantitativo en donde se diseñó, aplicó y evaluó un taller de Educación emocional durante un semestre académico (30 horas durante 15 semanas, en una sesión de dos horas por semana), dirigido a seis estudiantes de sexto y octavo semestre de la Licenciatura en Psicología, de una universidad pública de la Ciudad de México. El marco teórico en el que se sustentó este trabajo fue la Psicología Positiva y la Inteligencia Emocional, nos basamos en el modelo de Inteligencia Emocional de Mayer, Salovey y Caruso (2000), este modelo consta de cuatro dimensiones que son: Percepción emocional, Facilitación emocional, Comprensión emocional y Regulación emocional. El objetivo general del programa de intervención fue el desarrollo de competencias emocionales entendidas como el conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes necesarias para tomar conciencia, comprender, expresar y regular de forma apropiada los fenómenos emocionales (Bisquerra, 2013).

MÉTODO

Las Participantes: seis alumnas de licenciatura de Psicología del sexto y octavo semestre de la carrera en una Universidad Pública de la Ciudad de México.

La Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (versión española de Díaz, Rodríguez-Carvajal, Blanco, Moreno, Gallardo, Valle y Dierendonck (2006). La prueba TMMS-24 de Mayer y Salovey sobre los estados emocionales, traducida al español por Fernández- Berrocal et al. (1998), La Escala de afecto positivo y negativo (PANAS) (Watson et al.,1988). Auto-test de Positividad de Barbara Fredrickson, (2009). Escala de Felicidad Oxford revisada y adaptada por Argyle

(2001) y el Cuestionario de mindfulness de cinco facetas de Baer, R. et. al., 2006, validación española: Cebolla et.al., 2012.

Se llevó a cabo una investigación empírica de corte cualitativo-cuantitativo en donde se diseñó, aplicó y evaluó un taller de Educación emocional durante un semestre académico con una duración de 30 horas durante 15 semanas, en una sesión de dos horas semanales. En las primeras sesiones y en la última, se aplicaron los instrumentos ya señalados, además de realizarse evaluaciones formativas en cada una de las sesiones. Posteriormente se distribuyeron en las sesiones restantes las actividades que permitieron desarrollar las siguientes habilidades del Modelo de Mayer, Salovey y Caruso (2000):

1. Habilidad para percibir las emociones propias y ajenas, en las personas, en el arte, música, cine, etc.
2. Habilidad para generar y sentir emociones y utilizarlas en la toma de decisiones y otros procesos cognitivos.
3. Habilidad para comprender cómo las emociones se combinan, progresan y apreciar el significado emocional de la vida.
4. Habilidad para regular nuestros sentimientos y los de los demás y promover el crecimiento personal y emocional.

RESULTADOS

Considerando que los objetivos de la investigación fueron: Mejorar el bienestar psicológico y el bienestar subjetivo o la felicidad en el alumnado universitario.

El objetivo del programa de intervención fue el desarrollo de competencias emocionales entendidas como el conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes necesarias para tomar conciencia, comprender, expresar y regular de forma apropiada los fenómenos emocionales (Bisquerra, 2013). Encontramos que después del análisis cuantitativo y cualitativo de los datos, el taller mejoró tanto el bienestar psicológico como el bienestar subjetivo, en la mayoría de las participantes. Damos especial énfasis a la descripción de los beneficios obtenidos por parte de las participantes. A continuación, presentamos la opinión que dieron tres de las seis participantes que cursaron el taller de educación emocional: Flor (21 años): “Lo que he aprendido durante el taller es conocer un poco más sobre las diferentes emociones y sentimientos que puedo experimentar en diversas situaciones. Así como ampliar mi vocabulario sobre las emociones y sentimientos. Y lo más importante que he aprendido, es saber a conocerme y reflexionar cómo actúo en distintas situaciones para tomar alguna decisión importante en las relaciones interpersonales. Me ha gustado mucho el taller que se ha impartido ya que nos da herramientas para tener un control de nuestras emociones y sentimientos.” Luz (21 años): “Considero que el taller ha sido muy valioso para poder solucionar conflictos personales y situaciones que tenía

pendientes. El saber cómo tal, nuevos conceptos de emociones, me ha servido mucho para expresar con mayor claridad mis emociones, pero sobre todo para comprenderme de una forma más particular, y comprender a fondo algunos de mis pensamientos. Me ha ayudado a ser más consciente con lo que siento y pienso y a mejorar mi comunicación con las personas más cercanas”. Sol (21 años): “He aprendido a identificar que hay sentimientos positivos y negativos, afines y contrarios, he aprendido a identificar diferentes situaciones y sentimientos. Muchas veces me he sentido identificada. Creo que me hace falta trabajar más sobre mi autoconocimiento y expresar mis emociones en la interacción con otros. Me agradan las dinámicas, la construcción de la definición de los sentimientos, el ejemplo con los casos. Me gustaría trabajar más la meditación para estar más tranquila.” En relación a la opinión que nos proporcionaron las estudiantes respecto al taller, todas ellas manifestaron haber aprendido y obtenido beneficios de él, aunque también reconocieron que necesitan seguir mejorando y aprendiendo más.

DISCUSIÓN

Debido a que los resultados obtenidos fueron positivos, podemos concluir que el marco teórico que hemos empleado para fundamentar esta investigación fue pertinente, en el sentido que las participantes desarrollaron las competencias emocionales necesarias para mejorar el bienestar psicológico, así como el bienestar subjetivo o la felicidad. Se observó que las alumnas desarrollaron las habilidades de percepción como identificar emociones en rostros humanos, en los dibujos y pinturas, en la música y en relatos, así como definirlos y expresarlos verbalmente. También se observó que eran capaces de regular sus propias emociones y las de sus compañeras para poder tomar mejores decisiones en algunas situaciones problemáticas que vivieron en el tiempo que duró el taller que fue de un semestre académico. Se aprendió a gestionar adecuadamente las emociones en lugar de reprimirlas y también aprendieron a relajarse con diferentes técnicas incluyendo el mindfulness. En lo que refiere al bienestar subjetivo o la felicidad, hemos encontrado que las estudiantes mejoraron su afectividad positiva, que suele estar correlacionada con una personalidad extrovertida, es decir que las personas con este tipo de personalidad son más seguras de sí mismas, más alegres, más fuertes, están más concentradas y son más decididas. En cambio, disminuyó la afectividad negativa, que está correlacionada con el tipo de personalidad neurótica, esta dimensión está ligada a la tristeza a la depresión, la ira, el estrés, la envidia, la culpa etc. Es importante señalar que las emociones positivas facilitan el pensamiento crítico-constructivo, fomenta la tolerancia y contribuye a que las personas sean más productivas y toman mejores decisiones al planificar su vida y buscan más información que les sirve para estar más saludables (Carr, 2007)

Todo esto contribuye a relacionarse con los demás, de manera asertiva, con respeto así mismo y a los demás. Un aspecto muy importante que también se trabajó en este taller es el respeto a los derechos humanos, los cuales la mayoría de las participantes no conocían.

REFERENCIAS

- Bisquerra, R. (Coord.). (2013). Educación emocional. Propuestas para educadores y familias. Bilbao: Desclée de Brower.
- Carr, A. (2007). Psicología positiva. La ciencia de la felicidad. Barcelona: Paidós.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C. y van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18, 572-577
- Fernández Berrocal, P. y Extremera Pacheco, N. (2005). La Inteligencia emocional y la educación de las emociones desde el Modelo de Mayer y Salovey. *Revista Interuniversitaria de formación del profesorado*. Vol. 19. Núm. 3, diciembre. Pp. 63-93. Universidad de Zaragoza. España.
- Mayer, J., Salovey, P., Caruso, D. & Cherkasskiy, L. (2015). Inteligencia Emocional. En P. Fernández-Berrocal, N. Extremera, R. Palomera, D. Ruiz-Aranda, J. Salguero & R. Cabello (Coord.). *De la Neurona a la Felicidad. Diez propuestas desde la inteligencia emocional*. (pp. 9-31) Santander: Fundación Botín. (www.centrobotin.org).
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the measuring of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166. doi: <http://dx.doi.org/10.1037//0022-3514.57.6.1069>
- Ryff, C. D., y Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081. doi: <http://dx.doi.org/10.1037//0022-3514.69.4.719>

VKSC29.- Consejería Breve desde la mhGAP: seguimiento de casos en un ámbito clínico-comunitario

Paulina Arenas Landgrave, Liliana Guzmán Álvarez, Ángeles Sánchez Garduño, Diana Ivonne Rangel Espíndola, Marco Antonio Rodríguez Villeda
Facultad de Psicología, UNAM

La salud mental tiene una importancia significativa en el marco del bienestar integral de la persona y se relaciona con su desarrollo dentro de la sociedad, así como las contribuciones a la misma, por lo tanto, la ausencia de salud mental supone un obstáculo para la persona. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2014) más del 45% de la población a nivel mundial vive en un país en donde los profesionales en el área de la salud mental son insuficientes o se presentan dificultades para tener acceso a los servicios de salud como un nivel socioeconómico bajo. En el caso de México, se observa un incremento en las problemáticas en materia de la salud mental lo que representa un problema a nivel nacional por la insuficiencia de profesionales en dicha área o bien, por la demora en la atención en las mismas (OMS, 2008). De acuerdo con los lineamientos de la Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en un nivel de atención de salud no especializada [Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2017)], las sesiones de seguimiento se enfocan en dar continuidad a los cambios presentados en los consultantes a través de organizar visitas periódicas al mes, tres y seis meses, bajo las modalidades vía telefónica o presencial con la finalidad de monitorear la respuesta a la intervención, es decir, las habilidades que utiliza, si éstas le han funcionado y bajo qué situaciones motivándolo a continuar realizando dichas estrategias o habilidades obtenidas. Así mismo, se monitorea el estado general de salud, aspectos de autocuidado tales como la alimentación, revisiones médicas, continuación con tratamientos médicos si es el caso y la reinserción de la persona en su propio entorno, así como los posibles factores de riesgo que supongan la reaparición de síntomas y/o conductas de riesgo. Finalmente se hace una detección de posibles necesidades nuevas para referenciar de manera oportuna a una intervención o servicio especializado (OPS, 2017).

Por otro lado, el seguimiento es considerado un efecto de la intervención psicológica, debido a que se crea un estilo de vida protector ante futuras complicaciones, ya sea médicas, sociales o psicológicas. La tarea a un primer nivel de atención se enfoca en una modificación congruente, cuidadosa y sistemática del estilo de vida tomando en cuenta pensamientos y la conducta de la persona (Zaldivar, 2017). A partir del seguimiento se supervisa la práctica de estas estrategias o habilidades permitiendo a los consultantes conducirse a las metas que se establecieron, modificando el nivel de logro pretendido o los procedimientos para alcanzarlas. Se trata de motivar a practicar las herramientas obtenidas y/o mejorarlas con la finalidad de que se facilite el ajuste al entorno en el que vive y cuente con recursos que le permitan afrontar futuros problemas.

PROBLEMA

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2014) más del 45% de la población a nivel mundial vive en un país en donde los profesionales en el área de la salud mental son insuficientes o se presentan dificultades para tener acceso a los servicios de salud como un nivel socioeconómico bajo. En México las problemáticas en materia de salud mental han aumentado de forma considerable lo que representa un problema a nivel nacional dado que los profesionales en dicha área son insuficientes en proporción a la población que los requiere. Aunado a lo anterior, la atención que se les proporciona no siempre se hace de forma oportuna provocando que exista una saturación y bloqueo reflejado en listas de espera largas, intervalos muy largos entre cita y cita, así como tiempos cortos de atención. Desde esta perspectiva, se requiere del uso de estrategias a un nivel de atención primario a través de la detección oportuna de las necesidades en la comunidad en las que se incluyan intervenciones para la prevención, tratamiento y seguimiento de las mismas. A partir de ello, el presente trabajo tiene como objetivo proporcionar seguimiento para evaluar la respuesta a la consejería breve, el autocuidado y el funcionamiento de la persona en su propio entorno, así como los factores de riesgo que pueden incidir en que la persona tenga una recaída.

MÉTODO

Participaron seis consultantes mujeres con una edad de 13, 21, 34, 35, 46 y 59 años que asistieron a sesiones semanales de Consejería Breve en un Centro Comunitario de Atención Psicológica de la UNAM, las cuales fueron evaluadas a partir de los lineamientos establecidos en la Guía de Intervención mhGAP para el diagnóstico oportuno como para el tratamiento llevado a cabo con cada consultante. El seguimiento se implementó a través de dos modalidades, la primera de ellas fue a través del contacto presencial y la segunda modalidad fue a través del contacto vía telefónica. Estos seguimientos se realizaron al mes, tres y seis meses, con el objetivo específico de monitorear diversos elementos relacionados con la consejería breve; dentro de ellos se encuentra: la implementación y el mantenimiento de estrategias proporcionadas a lo largo de las sesiones; el funcionamiento de la persona en su propio entorno posterior a la atención que se le proporcionó, el autocuidado y comportamientos saludables, así como el monitoreo constante acerca de los posibles factores de riesgo que promueven la reaparición de síntomas o la incidencia en las conductas de riesgo. Al finalizar cada sesión de seguimiento se reforzaron los cambios logrados o bien se les recalca la importancia de uso de las estrategias proporcionadas, finalmente se estableció de manera formal la hora y fecha de su próxima cita.

RESULTADOS

A partir de la implementación del seguimiento al mes, tres y seis meses, posterior a la asistencia a sesiones de Consejería Breve, se observó que tres de

las consultantes con síntomas asociados a depresión y ansiedad mantuvieron los cambios logrados en la intervención, cada una de ellas indicó que implementaba las estrategias aprendidas para resolver nuevos obstáculos que se les fueron presentando en su vida diaria como: el nombramiento y reconocimiento de las emociones, el uso de estrategias de regulación emocional tales como la respiración diafragmática, la comunicación efectiva con sus redes de apoyo y estrategias asociadas con la solución de problemas. A partir de ello se reforzaron los comportamientos dirigidos al cumplimiento continuo de las metas de tratamiento establecidas y el uso de las redes de apoyo como parte complementaria al uso de recursos personales. En el caso de dos consultantes con síntomas asociados a depresión y autolesiones no se concluyó con la intervención, sin embargo, es importante señalar que se realizó el seguimiento con la finalidad de conocer acerca de las posibles limitaciones para que no culminaran con la intervención y para el monitoreo de cambios. En ellas se observó que el mantenimiento de los cambios fue parcial debido a que no hubo un uso constante de habilidades en su vida cotidiana lo que limitó que estos tuvieran impacto en la sintomatología que ellas presentaban al momento de solicitar atención psicológica. Y finalmente, se realizó una referencia a otra institución con una consultante que presentaba síntomas asociados con psicosis, esto se hizo con la finalidad de que pudiera obtener una atención especializada. Es importante señalar que en este caso se planteó un proceso de acompañamiento mismo que aún continúa. Cabe señalar que estos resultados están sujetos a cambios debido a que los seguimientos continúan en proceso, por lo que, al presentar el cartel final, se tendrán resultados finales.

DISCUSIÓN

Brindar seguimiento a usuarias que fueron atendidas en Consejería Breve bajo los lineamientos de la Guía de Intervención mhGAP permitió monitorear el mantenimiento de las habilidades adquiridas por las consultantes para reforzarlos y motivarlas a el uso de las mismas en otras situaciones y contextos. Así mismo, el seguimiento permite detectar la presencia de dificultades, problemas y/ o necesidades que requieran de otro tipo de intervenciones como, por ejemplo, intervenciones psicosociales para promover el uso de habilidades y fortalecer recursos personales y/ o sociales que permitan la reinserción de las consultantes en el medio en que se desarrollan, o bien, para determinar de forma oportuna cuando un consultante requiere de un servicio especializado. Además, la forma en la cual las consultantes que terminaron su proceso percibieron el seguimiento fue favorable debido a que se sentían con mayor seguridad de implementar acciones dirigidas al cambio, una vez concluida la consejería breve. Así mismo, se concluye que los beneficios de implementar seguimientos de forma periódica posterior a la conclusión de las intervenciones son: el constatar la efectividad de las estrategias proporcionadas así como las posibles limitaciones en la práctica de las mismas una vez que se ha concluido con la intervención, el promover el uso de las habilidades para el afrontamiento a nuevas situaciones que se puedan presentar en la vida de los consultantes y el controlar las posibles recaídas o aparición de los síntomas que los llevaron a solicitar atención psicológica. Aunado a lo anterior, este es un

elemento que permite a los psicólogos hacer una evaluación de los tratamientos que proporciona de manera objetiva y el progreso de los consultantes atendidos siendo éste una posible herramienta que permite detectar no solo las posibles limitaciones de los tratamientos sino, también, permite realizar una autoevaluación para detectar áreas de oportunidad y de mejora en el ejercicio profesional.

REFERENCIAS

- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2004). Invertir en la salud mental. Biblioteca de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf
- Souza, M. M., y Cruz, M. (2010). Salud mental y atención psiquiátrica en México. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. 53 (6): 17-23.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). mhGAP: Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental: Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. Versión provisional en español. Geneva. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhgap_spanish.pdf.
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención no especializado. Versión 2.0. Washington, DC. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhGAP_intervention_guide_02/en/
- Zaldivar V. M., (2017). Factores psicológicos asociados al seguimiento de la hipertensión arterial desde un enfoque cognitivo conductual (Tesis de pregrado), Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM, México.

VKSC30.- Revisión Crítica en la Práctica Supervisada de Psicología

Fausto Tomás Pinelo Ávila, Miguel Ángel Jiménez Villegas, Erika Cynthia Domínguez Reséndiz, María de los Ángeles Crescencio Cruz, Marisol Guzmán Ramírez

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM

Frente a los fenómenos sociales que cambian con vertiginosa rapidez, la necesidad pública y privada de profesionales competentes en la disciplina psicológica es más urgente y extendida. Los usuarios de los servicios profesionales de los psicólogos asumen que los egresados de los programas de formación están capacitados para desempeñar un ejercicio profesional competente y ético, pues las instituciones de educación superior, como es la UNAM, que se encargan de formar profesionales han contraído el compromiso de formar profesionales competentes capaces de contribuir a la solución de los diversos problemas que afectan a la población. Por otro lado, Una competencia es la calidad de una determinada característica requerida para llevar a cabo exitosamente una gestión, en un determinado contexto. La inclusión de éstas en un plan curricular hará de éste un aprendizaje flexible, no tradicionalista; así mismo, que los estudiantes se adapten a las nuevas exigencias del campo laboral. Existen competencias específicas ligadas a las actividades profesionales y es por ello que la FES Zaragoza incluye en su nuevo plan de estudios de la carrera de Psicología las competencias genéricas de: razonamiento, aprendizaje y liderazgo. Competencias del Plan de Estudios de la Carrera De Psicología de La FES Zaragoza.

En la educación superior, adquiere relevancia la educación basada en competencias y es por ello que la incorporación de las competencias a los programas de estudio, subyace en el afán por desplazar el aprendizaje enciclopedista y memorístico producto de programas de estudio tradicionalistas, por lo tanto, rígidos y ajenos de la realidad social, al sustituirlos por concepciones éticas y sociales fundamentadas en el conocimiento de las necesidades y que promueven el avance tanto en la educación como en la sociedad. Esta formación parte de la premisa alrededor de la cual se integran contenidos básicos del aprendizaje (conocimientos, habilidades y actitudes) que permitirán al egresado desarrollarse, vivir y trabajar con dignidad. En esta perspectiva del perfil profesional se entiende que su vinculación incluye dos niveles: el nivel de integración expresado en la noción de competencia y el nivel de los elementos que la componen expresado en conocimientos, habilidades y actitudes. La postura de competencia enfatiza tres aspectos centrales: 1) Se refiere a la noción como índice de la posibilidad de activar y utilizar ante un problema el conocimiento que el estudiante tiene, 2) La integración de los distintos tipos de conocimiento que se deberán aprender y, 3) La importancia del contexto en el que se produce el aprendizaje y en el que hay que utilizarlo. A partir de estas características, la noción de competencias contendrá dos dominios: competencias Genéricas (se relacionan con el aprendizaje para toda la vida y se definen como las competencias comunes de diversos campos profesionales o

disciplinarios) y competencias Disciplinarias (contenidos científicos de la disciplina y su relación con situaciones concretas de la práctica profesional) (Plan de Estudios 2010 de la carrera de Psicología; citado en Contreras, 2016).

PROBLEMA

En esta investigación se aborda el estudio de la función y operación de la práctica supervisada, desde la perspectiva del aprendizaje basado en problemas, sobre todo que esta actividad permite vincular la teoría con la práctica, es decir, el estudiante aprende al actuar en un contexto real. Es así como se parte de la idea de que ser competente es de muchas maneras una actitud frente a la realidad.

Realidad que por ser cambiante y dinámica exige a la persona insertarse en un proceso continuo y flexible de desarrollo individual, basado en la experiencia y determinado por el contexto donde tienen lugar dichas vivencias. Ser competente significa también estarlo para seguir desarrollando competencias (educación de por vida). Es precisamente en el ámbito del contexto donde se encuentra la clave para dimensionar el alcance de una competencia. Identificar, atender y solucionar un problema específico precisa del reconocimiento del contexto donde tiene lugar.

Por lo tanto, La práctica supervisada es la actividad central para la formación de los estudiantes de Psicología de la FES Zaragoza. Para su optimización es necesario contar con una propuesta de estrategias de enseñanza-aprendizaje que responda a las premisas del sistema de enseñanza del Plan de Estudios. Si bien muchos de los profesores que imparten la práctica supervisada cuentan con la experiencia adquirida con la "práctica de servicio", del anterior Plan de Estudios, que era su equivalente; tanto ellos como los que recién se incorporaron a ella, enriquecerán su desempeño al contar con una propuesta que puntualice el papel de la práctica supervisada desde la perspectiva del Plan de Estudios, que responda a la filosofía del aprendizaje constructivista y a los planteamientos del aprendizaje situado y/o contextualizado, que es el producto que se pretende lograr a través de este proyecto de investigación.

MÉTODO

Se hará una revisión documental relativa al tema de formación profesional de los estudiantes, centrándonos en las estrategias de enseñanza para el aprendizaje situado o contextualizado y de las aportaciones teóricas del mismo (Estado del Arte). Además, de un Análisis crítico del Plan de Estudios y del Programa de Estudios de Psicología Educativa, centrado en la práctica supervisada; así como, respecto a los programas específicos de los profesores que imparten la actividad. Diseño, aplicación y análisis de resultados de cuestionarios, elaborados por los integrantes del proyecto, utilizando la validación por expertos (método Delphi), los cuales serán dirigidos a estudiantes del área de Psicología

Educativa (aproximadamente 420, utilizando una muestra representativa). Entrevistas a profundidad (dirigidas a profesores) y guías de observación participante, efectuadas por los integrantes del proyecto (a realizar durante el desarrollo de la actividad), para identificar aspectos involucrados en el proceso enseñanza-aprendizaje. Se elaborarán categorías con los datos encontrados en las entrevistas a profundidad que se realizarán a una muestra representativa de profesores (de los 36 profesores que imparten la asignatura de Práctica Supervisada, se seleccionaran aproximadamente a 20 de éstos). También, se aplicará a una muestra representativa de profesores y alumnos que estén participando en la actividad de Práctica Supervisada, una batería de pruebas psicológicas para contrastar, por un lado, el perfil psicométrico realizado por medio de Evalua-test (plataforma en línea) y por el otro, identificar las fortalezas y debilidades en su reporte integral de competencias (el reporte y competencias, surgirán del análisis y revisión del Plan de Estudios de la Carrera, así como del Programa de Psicología Educativa y de los objetivos del Programa de Práctica Supervisada).

RESULTADOS

Con base en la revisión documental y los resultados del trabajo de campo en la actividad de práctica supervisada (mediante la aplicación del cuestionario, la realización de las entrevistas y observaciones participantes) se planeará un curso que se impartirá a docentes, preferente pero no exclusivamente, de la práctica supervisada, el cual permita abordar el tema del aprendizaje situado o contextualizado que hace énfasis en las oportunidades de aplicar los conocimientos adquiridos. A su vez se retomarán las modalidades de aprendizaje activo, autorregulado, constructivo y social.

Antecedentes históricos de la evaluación psicométrica. Los antecedentes recientes de la psicometría se encontraron en el desarrollo del estudio sistemático de las diferencias humanas durante el siglo XIX. Primero gracias a los trabajos de Friedrich W. Bessel (1784-1846) y Carl. F Gauss (1777-1855) - que fueron pioneros en el estudio de las diferencias individuales. Así una vez apuntados los antecedentes remotos y más recientes debemos citar los trabajos de Sir Francis Galton (1822-1911), James Mckeen Cattell (1860-1944) y Alfred Binet (1857-1911) como los verdaderos pioneros de la psicometría moderna.

Las pruebas psicométricas utilizadas fueron:

Terman Merrill: La prueba Terman Merrill sirve para la medición de la inteligencia y el diagnóstico del C.I. individual siguiendo los principios de Binet-Simon. Puede usarse para explorar el desarrollo del C.I con la adquisición de hábitos y normas sociales, así como la determinación auxiliar del nivel de madurez. La aplicación de la prueba es individual, el examinador somete al examinado a determinadas situaciones y se registran las reacciones mentales (Saavedra, 2008).

Disc Cleaver: Esta prueba proporciona una descripción completa de la personalidad del individuo, haciendo énfasis en sus aptitudes para realizar diferentes labores sociales, su capacidad para desenvolverse con otras personas y relacionarse con ellas. Realiza un pronóstico de la forma en que este individuo reacciona ante determinadas circunstancias y también de sus reacciones y actitudes típicas bajo situaciones de presión. Para realizar la valoración se basa en cuatro escalas que se calculan partiendo de la autodescripción de la persona: Empuje, Influencia social, Constancia y Valores Morales. (Méndez, 2010).

Evaluación de los 16 factores típicos de la personalidad: El cuestionario de 16 Factores de la Personalidad (16PF) fue construido para medir los rasgos de personalidad. Toda vez que se exploran características, impulsos y tendencias permanentes o esenciales del carácter de las personas, dichos “factores determinantes” son sinónimo de los denominados “rasgos de la personalidad”.

Evaluación de los estilos de manejo de conflicto: El instrumento Thomas-Kilmann de modos de conflicto, evalúa la conducta del individuo en situaciones de conflicto, es decir, en situaciones en la que los intereses de dos personas parecen ser incompatibles. En las situaciones de conflicto podemos describir la conducta de la persona según dos dimensiones básicas: asertividad (la medida en que el individuo intenta satisfacer sus propios intereses). Y cooperación (medida en que el individuo intenta satisfacer los intereses de otra persona. Estas dos dimensiones básicas de la conducta pueden utilizarse para definir cinco métodos para resolver los conflictos.

DISCUSIÓN

Las competencias con las cuales cuentan actualmente los estudiantes de psicología, son una gran herramienta para desempeñarse de manera profesional en cualquier área de la psicología. El nuevo plan de estudios cumple con los objetivos de crear capacidad de aprendizaje y razonamiento en cada estudiante; debemos de tomar en cuenta que los alumnos de la muestra con la que se trabajó se encuentran justo a mitad de la carrera y podemos observar que algunas de las competencias ya se encuentran desarrolladas, mientras algunas otras aún siguen en proceso. Sin embargo, se deben emplear estrategias educativas dentro del salón de clases y, en específico, en la Práctica Supervisada para mejorar las áreas que no se encuentran tan desarrolladas como pueden ser el liderazgo, iniciativa e inteligencia emocional, trabajar con grupos pequeños para analizar qué es lo que pasa en los estudiantes y optimizarlo. Se debe seguir trabajando de esta manera, para conseguir paulatinamente niveles más altos de preparación en los estudiantes y seguir creciendo como una institución que le brinda a la sociedad profesionistas de gran nivel y ética. Asimismo, la información derivada de la investigación puede ser utilizada para realizar mejoras curriculares. Además, se busca que el aprendizaje no sea reproducción fiel del conocimiento, traduciéndose en la asimilación por medio de la memoria y contribuyendo poco a la solución de problemas que enfrentará el futuro psicólogo educativo tanto en la práctica como

en su vida familiar y social. Aunado a lo anterior, se busca estimular la superación y actualización psicopedagógica de modo que el profesor de Práctica Supervisada posea un alto grado de habilitación en esta área de trabajo. Otro de las utilidades es la de proporcionarle a los alumnos y profesores sus fortalezas y debilidades en sus competencias (habilidades y destrezas) requeridas en el proceso de enseñanza-aprendizaje de la Práctica Supervisada con la finalidad de corregir las debilidades y una mejoría de las fortalecidas, sobre todo, con la formación, actualización y capacitación del docente. Reconocimiento del enfoque de la enseñanza y el aprendizaje etiquetado como aprendizaje basado en problemas, permitiendo a los alumnos actuar en un rol profesional. En este enfoque el profesor se visualiza como facilitador o tutor y/o entrenador cognitivo. La participación de estudiantes y profesores en el proyecto de investigación contribuye a uno de los objetivos principales de la Universidad como es la integración de la Investigación-Docencia-Servicio.

REFERENCIAS

- Contreras Ramírez, Ma. Del S. (Editora) (2016). La enseñanza de la psicología. México, FES Zaragoza-UNAM
- Denyer, M., Furnémont, J., Poulain, R. y Vanloubbeeck, G. (2016). Las competencias en la educación. Un balance. México: Fondo de Cultura Económica.
- Frade Rubio, L. (2015). Desafíos a superar para desarrollar competencias en el aula. De 2008 a 2014. México: Grupo Editorial Patria.
- García-Cabrero, B., Loredó, E.J., Luna, S.E. y Rueda, B.M. (2014). Competencias docentes en Educación Media y Superior Desarrollo y validación de un modelo de evaluación. México: Universidad Autónoma de Baja California y Juan Pablos Editor.
- Medina Elizondo, M. y Barquero Cabrero, J.D. (2015). 20 competencias profesionales para la práctica docente. México: Trillas y ESERP.
- Méndez, C. (2010). Test Cleaver Psicométrico, Wordpress, recuperado de: <https://desarrollohumanobicentenario.wordpress.com/2010/02/23/test-cleaver-psicometrico/>
- Perrenoud, P. (2011). Construir competencias desde la escuela. México: JC SÁEZ Editor.
- Pozo, I., y Pérez, E.M. (Coords.). (2013). Psicología del aprendizaje universitario: La formación en competencias. México: Ediciones Morata S.L.
- Ramírez Castillo, R. (2014). Reelaborar la identidad docente para formar en competencias. México: Universidad Pedagógica Nacional.
- Saavedra, R. M. (2008). Evaluación del aprendizaje, México, Pax México.

VKSC31.- Intervenciones Psicológicas Para Manejar La Sobrecarga En Cuidadores Primarios De Pacientes Con Enfermedad Renal Crónica

Aranel De Jesús Arredondo Pantaleón
Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología

La enfermedad renal crónica (ERC) es un conjunto de anomalías en la estructura y función de los riñones, que persisten durante un período mayor a tres meses, las cuales tienen implicaciones para la salud (Kidney Disease Improving Global Outcomes, 2013). El tratamiento de la ERC comprende cuatro principales componentes: medicamentos, dieta, control en el consumo de líquidos y tratamiento sustitutivo de la función renal mediante diálisis peritoneal, hemodiálisis o trasplante renal. La ERC condiciona la aparición de diversas complicaciones en la salud física, psicológica y social del paciente, que pueden comprometer su funcionalidad y su esperanza de vida, entre las que se encuentran: anemia, hipertensión arterial, alteraciones del metabolismo óseo-mineral y desnutrición. Éstas, no sólo afectan al paciente, sino también a quienes le rodean y en particular, a la persona que se encarga de proveerle los cuidados necesarios para ayudar al control de la enfermedad, a quien se conoce como cuidador primario informal. Dicho término se refiere a personas que se encargan de proveer cuidados al paciente desde una perspectiva no profesional y sin recibir remuneración por su labor (Hoang, Green & Bonner, 2018). Generalmente se trata de miembros de la familia o personas que guardan una relación cercana con el paciente.

El cuidador primario informal del paciente con ERC, debe modificar sus rutinas, estilo de vida y horarios en aras de cumplir con sus funciones, que abarcan: brindar asistencia, vigilancia, apoyo social, favorecimiento de un entorno agradable, la limpieza del cuarto de diálisis, la preparación y realización del proceso, la preparación de los alimentos acorde a la dieta, acompañarlo a sus citas, estudios y hospitalizaciones, el cuidado del catéter, supervisar la adherencia a la medicación y realización de trámites. Además, con frecuencia es quien se encarga de costear los gastos derivados de la enfermedad.

Usualmente, la labor que desempeña el cuidador se convierte en una actividad con una fuerte carga de estrés, dado el nivel de involucramiento emocional que se tiene con el ser querido que padece una enfermedad, así como el requisito de respuesta implicado en la labor de cuidar. Los cuidadores de los pacientes con ERC, se enfrentan a diversos desafíos dados los requerimientos económicos, cognitivos, conductuales, sociales y emocionales de la enfermedad. Conforme aumentan las funciones y responsabilidades del cuidador, la relación entre brindar apoyo y cuidado, y recibirlo, se vuelve unidireccional, de tal suerte que la relación entre la persona que provee el cuidado y el paciente, se vuelve dependiente y demandante, características que se mantienen a largo plazo.

Cuando las demandas del cuidado se mantienen, pueden dar lugar al síndrome de carga del cuidador, que se refiere a las emociones y actitudes que surgen ante la experiencia de cuidar, así como al grado de alteración y modificaciones que sufren las diferentes áreas de la vida del sujeto. Éstas afectan al cuidador en las esferas psicológica, física y social e incrementan el riesgo de que el cuidador se convierta en un paciente secundario y eleva su morbi-mortalidad.

PROBLEMA

El estudio de la sobrecarga del cuidador resulta clave en la investigación de las repercusiones de la labor de cuidar. El perfil sociodemográfico del cuidador primario informal de personas con enfermedad renal crónica es de: mujeres, madres y esposas, amas de casa, que no realizan trabajo remunerado, con nivel socioeconómico medio-bajo. A menudo, presentan alteraciones emocionales como ansiedad, depresión y miedo, así como sintomatología física tal como: cefaleas, problemas osteomusculares y alteraciones del sueño. El apoyo social percibido es bajo. El porcentaje de sobrecarga se encuentra relacionado con el nivel de dependencia del paciente.

Al buscar artículos acerca de la sobrecarga del cuidador en personas que cuidan pacientes con enfermedad renal, la mayoría de los estudios son descriptivos, caracterizando a los cuidadores y sugiriendo que la atención de los mismos sea interdisciplinaria y que se incluya a los cuidadores, sin embargo, no se realizan propuestas concretas para su tratamiento.

Existe evidencia abundante de intervenciones y protocolos de tratamiento en cuidadores primarios de pacientes con condiciones como: cáncer, demencia, cuidados paliativos y adultos mayores, sin embargo, es escasa la literatura en cuidadores primarios informales de pacientes con enfermedad renal. Lo anterior cobra especial relevancia dada la naturaleza de la enfermedad, la cual implica numerosas conductas y el aprendizaje de procedimientos sistematizados para su control. Asimismo, se trata de un padecimiento altamente mitificado, con lo cual surgen dudas e inquietudes que incrementan el malestar.

Por otra parte, en la experiencia clínica, los cuidadores, los pacientes y el propio equipo de salud solicitan el tratamiento para el cuidador primario. A través del presente estudio se persiguieron dos objetivos principales: (1) Conocer el estado del arte respecto a la eficacia de intervenciones psicológicas dirigidas a cuidadores primarios informales de personas con enfermedad renal crónica y (2) desarrollar una propuesta de intervención psicológica.

MÉTODO

Se condujo una búsqueda sistemática de tipo PICO, PI y PIO en las bases de datos: PsycInfo, MEDLINE, SCOPUS, CINAHL, PubMed, Redalyc y Cochrane para identificar artículos de interés en los cuales se reportarán intervenciones

psicológicas para el manejo de la sobrecarga de cuidadores primarios informales de pacientes con enfermedad renal crónica. Los términos utilizados para la búsqueda fueron: psychological intervention, psychological treatment, treatment, therapy, intervention, intervención psicológica, tratamiento, intervención, intervenção, intervenção psicológica o tratamento. Asimismo: caregivers, caregiver, primary caregivers, cuidadores primarios, cuidador primario, cuidador, cuidador principal, cuidador primario informal. Además: burden, burden syndrome, subjective burden, burnout, caregiver burnout, síndrome de sobrecarga, sobrecarga, carga y carga del cuidador. Finalmente: chronic kidney, chronic kidney disease, kidney disease, enfermedad renal crónica, insuficiencia renal crónica y doença renal crónica, dialysis, hemodialysis, kidney transplant, diálisis, hemodiálisis, trasplante renal, trasplante. Los operadores booleanos utilizados fueron: AND, NOT, OR. Los criterios de inclusión fueron: artículos en idioma español, inglés y portugués, estudios que reportaran resultados cuantitativos, que trabajaran con participantes identificados como el cuidador primario informal de pacientes adultos con enfermedad renal crónica en estadio cinco, en tratamiento sustitutivo de diálisis, hemodiálisis o trasplante renal. Asimismo, se incluyeron estudios con diseños grupales y con diseños de n=1 con réplicas. Se excluyeron estudios en los que se trabajara con cuidadores formales, cuidadores secundarios, estudios con cuidadores de pacientes con lesión renal aguda u otro tipo de padecimiento renal, estudios de caso y opiniones de expertos. Además, se revisaron las listas de referencias de los estudios consultados para encontrar bibliografía adicional. Se encontró un total de 457 elementos, de los cuales, se eliminaron 35 artículos duplicados. De éstos, 240 resultaron elegibles. De esos 240 estudios, se encontraron siete artículos que tratan de intervenciones psicológicas dirigidas a cuidadores primarios informales de pacientes con enfermedad renal crónica.

RESULTADOS

La evidencia disponible con cuidadores de adultos con enfermedad renal crónica es escasa. Se encontraron siete estudios, uno de los cuales es una revisión sistemática, en donde se incluyeron tres artículos, los cuales en su totalidad evaluaron los efectos de materiales educativos visuales e impresos en el conocimiento de la enfermedad. Encontraron efectos en el conocimiento, el estrés y el miedo (Tong, Sainsbury & Craig, 2008). Se trata de la única revisión sistemática disponible hasta el momento sobre este tema. Asimismo, congruente con la anterior revisión, se encontraron tres estudios que, de igual modo, fueron psicoeducativos y se centraron en brindar información relacionada exclusivamente con la enfermedad, bajo la premisa de que, al conocer mejor la enfermedad, para los cuidadores será más sencillo manejarla. Dos de los estudios tuvieron diseños pre y post test, mientras que el otro fue un trabajo colaborativo en el que los cuidadores brindaban retroalimentación para mejorar los materiales (Acosta, 2017; Fathima, 2004; González, 2005; Tornay, 2007). El único ensayo clínico que se encontró y en el que se evaluaron los efectos de un tipo de tratamiento que no fuera educativo, es el que publicaron Chan et al. (2016), en el cual el objetivo fue manejar la sobrecarga de cuidadores primarios adultos (n=29), los cuales fueron asignados

aleatoriamente a una de las siguientes condiciones: cuidado renal estándar (grupo control) y a un grupo que incluyó consejería e intervención psicosocial (grupo experimental). Se encontró una disminución significativa de la sobrecarga y la ansiedad en el grupo experimental. Finalmente, Yu, Seow, Seow y Tan (2016) probaron la eficacia de un programa de respiro mediante apoyo diurno, en el cual se les ayudaba en labores de cuidado, realización de dos recambios de diálisis, suministro de medicamentos, alimentación y servicios de esparcimiento, dando lugar a una disminución significativa de la sobrecarga, depresión, ansiedad y estrés.

DISCUSIÓN

Pese a la importancia reconocida de los efectos de la labor que desempeñan los cuidadores primarios informales de pacientes con enfermedad renal crónica y la sobrecarga que éstos presentan, la evidencia acerca de tratamientos psicológicos dirigidos a su manejo es escasa y se encuentra predominantemente orientada a intervenciones educativas. En el caso de otras poblaciones, como cuidadores de pacientes con demencia, pacientes pediátricos, personas en cuidados paliativos, pacientes con trastornos psiquiátricos y personas con cáncer, la diversidad es mayor y se ha encontrado evidencia de que los programas de corte cognitivo conductual, así como los multicomponentes que unifican la parte psicoeducativa con la terapéutica, suelen tener mayores efectos en la sobrecarga y la percepción de calidad de vida de estos cuidadores primarios informales. Por ello, en el presente estudio se sugiere la implementación de un programa de intervención cognitivo conductual de siete sesiones dirigido al manejo de la sobrecarga en cuidadores primarios de personas con enfermedad renal crónica. Dicho programa estará constituido por una parte psicoeducativa y técnicas de intervención cognitivo conductuales. La estructura propuesta por sesión es la siguiente: (1) Psicoeducación: aspectos médicos y psicológicos de la enfermedad renal, importancia de la labor de cuidado, consecuencias de la labor del cuidado, síndrome de sobrecarga, derechos del cuidador, (2) técnicas fisiológicas: relajación autógena, respiración diafragmática, (3) entrenamiento en solución de problemas, (4) identificación de pensamientos disfuncionales, (5) modificación de pensamientos disfuncionales, (6) planificación de actividades reforzantes, (7) entrenamiento en habilidades sociales. Dicha intervención estará manualizada y apoyada por material psicoeducativo. Como instrumentos de medición se utilizará la Escala de Carga de Zarit, autorregistros, carnet de conductas reforzantes y un cuestionario de calidad de vida que se está construyendo actualmente. Es importante que los servicios de salud contemplen también las necesidades de los cuidadores, dado el papel que cumplen en el cuidado de los pacientes y su relevancia en términos del cumplimiento de las metas terapéuticas. Asimismo, el bienestar del cuidador suele traducirse en un mejor cuidado, sin embargo, cuidar a los cuidadores es importante, sobre todo, en términos de su dignidad humana y su derecho a sentirse bien y a cuidar su propia salud.

REFERENCIAS

- Acosta, R.J. (2017). Prevención del síndrome del cuidador en familiares de pacientes con enfermedad renal crónica en la Clínica Menydia de Tulcán 2017. Tesis de Licenciatura. Universidad Regional Autónoma de los Andes. Ecuador.
- Chan, K. Y., Yip, T., Yap, D., Sham, M., Wong, Y.C., Lau, V., Li, C...Chan, T.M (2016). Enhanced Psychosocial Support for Caregiver Burden for Patients With Chronic Kidney Failure Choosing Not to Be Treated by Dialysis or Transplantation: A Pilot Randomized Controlled Trial. *American Journal of Kidney Disease*, 67 (4), 585-592. doi: <http://dx.doi.org/10.1053/j.ajkd.2015.09.021>
- Fathima, L. (2004). The effect of information booklet provided to caregivers of patients undergoing haemodialysis on knowledge of home care management. *Nurs J. India*, 95, 81–82.
- González, A.B., Rivera, J.V. & Novoa, S.O. (2005). The effectiveness of educational intervention in carers of patients in dialysis and evaluation of the load. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 8, 156– 165 24.
- Hoang V.L., Green T., Bonner A. (En prensa). Informal caregivers' experiences of caring for people receiving dialysis: A mixedmethods systematic review. *Journal of Renal Care*. doi: 10.1111/jorc.12235.
- Kidney Disease Improving Global Outcomes (2013). Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney International Supplements*. Official Journal of the International Society of Nephrology, 3 (1), 1-163.
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. C. (2008). Support interventions for caregivers of people with chronic kidney disease: a systematic review. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 23(12), 3960–3965. doi:10.1093/ndt/gfn415.
- Tornay, E. (2007). Educational information for patients and caregivers in paediatric kidney transplant. *Journal of Renal Care*, 33, 115–118.
- Yu, Z.L., Seow, Y.Y., Seow, P.S. & Tan, B.L. (2016). Effectiveness of a day care program in supporting patients on peritoneal dialysis and their caregivers. *Int Urol Nephrol*, 48 (5), 1-7, doi: 10.1007/s11255-016-1241-z

VKSC32.- El triage de atención psicosocial en Cuidados Paliativos: primer contacto

Viviana Contreras Vázquez¹, Diane Leticia Miranda Segura¹, Narda Jimena Ogaz González¹, Abigail Pérez Pérez Leticia Ascencio Huertas²

¹Facultad de Psicología UNAM

²Instituto Nacional de Cancerología de México

El diagnóstico y tratamiento del cáncer genera diversos efectos físicos, psicológicos y existenciales, generando altos niveles de distrés y trastornos psicológicos que es necesario detectar para recibir un tratamiento oportuno y eficaz. Se han descrito algunos factores de gran relevancia asociados con el distrés, como la adherencia terapéutica, la hospitalización prolongada, los niveles de satisfacción con la atención médica (Gagnon, D'Egidio, Heyland, Thavorn, & Kyeremanteng, 2015) el abandono del tratamiento, los problemas de comunicación y los trastornos emocionales, principalmente ansiedad o depresión (Kelly, Ghazi y Caldwell, 2002; Brennea, Håvard Logea, Kaasaa, Heitzera, Knudsen and Wastesona, 2013). En el paciente con diagnóstico de cáncer y que se encuentran en la etapa final de la vida, se acompaña por lo general, de un gran impacto físico, emocional y social para el afectado y su familia, por lo que las metas básicas de la paliación son: la búsqueda de su bienestar a través de un tratamiento adecuado del dolor y otros síntomas, el alivio y la prevención del sufrimiento con el mayor respeto a su dignidad y autonomía y el apoyo a su familia, para que se enfrenten mejor a la futura muerte y al duelo.

Los Cuidados Paliativos son definidos por la Organización Mundial de la Salud (2002) como cuidados que mejoran la calidad de vida de los pacientes y las familias que se enfrentan con enfermedades amenazantes para la vida, mitigando el dolor y otros síntomas, y proporcionando apoyo espiritual y psicológico desde el momento del diagnóstico hasta el final de la vida y durante el duelo. Los Cuidados Paliativos además de integrar aspectos psicológicos y espirituales del cuidado del paciente, se ofrecen un sistema de ayuda a los pacientes para vivir lo más activamente posible hasta la muerte. Por lo que detectar el distrés es importante para poder brindar un tratamiento adecuado y oportuno (Matcham, Rayner, Hutton, Monk, Steel, Hotopf, 2014). Por lo que se requiere de un triage para la detección de necesidades de atención integral en Cuidados paliativos.

El concepto de *trriage* se desarrolló para permitir que los trabajadores de la salud hagan el mayor beneficio para la mayoría de las personas con los recursos disponibles. Se trata de hacer coincidir los recursos con el paciente, según la información limitada, lo más rápido posible. Esta información incluye la naturaleza y la gravedad del problema del paciente, el conocimiento de los recursos disponibles, el autoconocimiento de nuestras propias capacidades y una evaluación del tiempo disponible. El proceso reconoce que otros pacientes también requieren

atención. Estos principios pueden aplicarse de manera útil en Cuidados paliativos cuando se ayuda a pacientes adultos que sufren trastornos psicológicos.

Stroud (2012) describe un enfoque de cuatro pasos para ayudar a clasificar al paciente con distrés emocional en el contexto paliativo: a) evaluar la severidad del distrés, identificar indicadores que sugieran un diagnóstico, c) formular un diagnóstico de trabajo d) identificar el distrés vinculando los recursos adecuados con el paciente adecuado.

PROBLEMA

Debido a la alta demanda de pacientes que se atienden en el servicio de Cuidados Paliativos de Instituto Nacional de Cancerología es difícil identificar a todos los pacientes que sienten distrés emocional no es posible. Por lo que contar con herramientas de tamizaje para la detección de necesidades de atención psicosocial y derivación oportuna pueden llevar a procedimientos de detección clínica precisos y directivos. Dentro de la Licenciatura en Psicología de la Facultad de Psicología de la UNAM, se incluye en su plan de estudios realizar prácticas profesionales con el objetivo de integrar las materias teóricas que reciben dentro de su formación por lo que al integrarse a un equipo de atención especializada como lo es el Instituto Nacional de Cancerología surge la inquietud de evidenciar: ¿Cómo pueden integrarse los estudiantes de pregrado de la licenciatura de psicología en la atención de pacientes al final de la vida dentro de una institución de 3er nivel de atención en salud?

Por lo cual el objetivo es describir cuál sería la participación de los psicólogos de pregrado en los procesos de atención de Cuidados Paliativos con cáncer avanzado.

MÉTODO

Primeramente, se lleva a cabo una capacitación a los estudiantes de pregrado de la carrera de Psicología con respecto a las escalas que comprenden la herramienta de tamizaje, así como la calificación e interpretación de las mismas integrando los conocimientos teóricos.

Se realizó la aplicación de las escalas de tamizaje a paciente de primera vez y subsecuentes del servicio de cuidados paliativos de abril a septiembre 2018. La herramienta de tamizaje que se utiliza en área psicosocial del Servicio de Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología consta de: Test de Pfeiffer (short portable mental status questionnaire), termómetro de distrés y apgar familiar

La aplicación del triage psicosocial se aplica en la consulta externa o todo paciente que acude a cuidados paliativos posterior a la toma de signos que realiza el personal de enfermería y revisión e síntomas físicos y antes de la consulta médica. Con un tiempo aproximado de 15 minutos para realizar la valoración de

triage y en caso de encontrarse necesidades de atención psicosocial, se comenta con los psicólogos clínicos y especialistas para continuar con una entrevista clínica y brindar un tratamiento psicológico especializado y se realiza la nota clínica correspondiente en el expediente electrónico: Sistema INCan.

RESULTADOS

Se realizó análisis de frecuencias y medidas de tendencia central. La muestra estuvo compuesta por 362 pacientes con diagnóstico de cáncer en fase avanzada, con una edad promedio de 59.8 años (mínimo de 17 años y máximo de 95 años de edad), de los cuales el 65.3% fueron de sexo femenino, y el 34.4% masculino, con una escolaridad de primaria incompleta (27.8%), secundaria incompleta (16.3%). Pertenecientes principalmente a la clínica de gastroenterología (29.2%), ginecología (16%), tumores mamarios (13.8%) de cabeza y cuello (13.8%) y geriatría (7.7%). Casados en un 45.5% y solteros en el 13.2%. De los cuales reportan que el 87.6% se encuentra sin alteraciones en la esfera cognitiva, con un distrés no significativo (≥ 4 de acuerdo con la NCCN) en el 97.5% sin embargo si se reportan necesidades de atención emocional (tristeza, preocupación, depresión, nerviosismo, miedo), problemas prácticos (seguridad financiera y transporte) problemas físicos (sensación de debilidad, fatiga, apariencia, baño y vestido y dolor). Y una alta satisfacción familiar en el 86.9%.

La gráfica 1 se muestra que los porcentajes de los problemas físicos asociados al distrés, destacando que entre los principales síntomas se encuentran: la sensación de debilidad, fatiga, movilidad, apariencia, alimentación. En la gráfica 2 se muestran los porcentajes de los problemas prácticos entre los que destacan: la seguridad financiera y el transporte; y en los emocionales, la preocupación, la tristeza y el nerviosismo

Con respecto a las puntuaciones promedio del termómetro de distrés en los diferentes tipos de cáncer. los niveles más significativos de distrés de acuerdo con la NCCN fueron el cáncer ginecológico de mama, primario desconocido, piel y partes blandas, cáncer gastrointestinal y cáncer de cabeza y cuello como se muestra en la Tabla 3.

DISCUSIÓN

Es relevante enfatizar, que al final de la vida en nuestra población los niveles de distrés están asociados tanto a problemas físicos como problemas emocionales y prácticos. es indispensable abordar los problemas psicosociales y espirituales como parte inherente del proceso de muerte que permite la adaptación a este proceso tanto al paciente como a la familia, coincidiendo con Rome, Luminais, Bourgeois y Blais (2011) quienes enfatizan la necesidad de promover una adecuada comunicación y el apoyo psicosocial ya que permite un mejor confort y preparación para la muerte, ya que en ocasiones son subestimados por el personal de salud, como algo secundario en la atención médica.

El *triage* psicosocial utilizado por psicólogos en pregrado en una adecuada herramienta para integrar los conocimientos teóricos que conforman la currícula de la carrera de Psicología de la Facultad de Psicología que incluye las materias de entrevista, integración de estudios, psicopatología, reportes psicológicos e integración de diagnósticos clínicos.

Además de que con las habilidades adquiridas pueden integrarse adecuadamente al proceso de atención psicológica para la atención integral del paciente con cáncer avanzado en cuidados paliativos.

Con ello queda claro que el psicólogo de pregrado, así como de posgrado tienen un papel relevante en escenarios de atención en el 3er nivel de atención. Sin embargo cabe mencionar que se requiere de un entrenamiento formal para poder generar en los estudiantes de psicología las habilidades, actitudes y aptitudes para relacionarse con los pacientes de cuidados paliativos y su familia, además de realizar un trabajo en equipo indispensable en estos escenarios

Dentro de las limitaciones del presente estudio consideramos que el termómetro de distrés es un buen instrumento para detectar necesidades, sin embargo, deben complementarse con diferentes instrumentos de diagnóstico que nos permitan delimitar aún más, las necesidades de los pacientes, incluyendo el distrés espiritual y financiero, además de poder realizar el proceso de evaluación y detección de necesidades en los cuidadores primarios informales

REFERENCIAS

- Brennea E, Håvard Logea, J, KaasaaS Heitzera E, Knudsena A.K. and Wastesona E. On behalf of the European Palliative Care Research Collaborative (EPCRC). (2013). Depressed patients with incurable cancer: Which depressive symptoms do they experience? *Palliative and Supportive Care*, 11(6): 491-501.
- Gagnon L. P, D'Egidio G, Heyland D, Thavorn K, & Kyeremanteng K. (2015). Economic evaluation of palliative care consultations in the care of the critically ill. *Critical care medicine*, 43(12): 87-88.
- Kelly C, Ghazi F, Caldwell K. (2002). Psychological distress of cancer and clinical trial participation: a review of the literature. *Eur J Cancer Care (Engl)*, 11(1): 6-15.
- Lee Y. P, Wu C. H, Chiu T. Y, Chen C. Y, Morita T, Hung S. H. & Tsai J. S. (2015). The relationship between pain management and psychospiritual distress in patients with advanced cancer following admission to a palliative care unit. *BMC palliative care*, 14(1): 3-7.
- Matcham F, Rayner L, Hutton J, Monk A, Steel C, Hotopf M. (2014). Self-help interventions for symptoms of depression, anxiety and psychological distress in patients with physical illnesses: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34 (2): 141-157

- OMS (2002) Disponible en: <https://www.who.int/cancer/palliative/es/>
- Stroud ML. (2012). Clinical Psychological triage in general practice, Aust Fam Physician;41(7):508-512. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Stroud%20ML%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22762071
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN) Clinical Practice Guidelines in Oncology: Distres Management. Disponible en: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/distress.pdf
- Rome RB, Luminais HH, Bourgeois DA, Blais CM. The Role of Palliative Care at the End of Life. The Ochsner Journal. 2011;11(4):348-352.

VKSC33.- Cognición social en pacientes con hemorragia subaracnoidea por traumatismo craneoencefálico

Jessica Amira Corona Ruiz, Maura Jazmín Ramírez Flores
Facultad de Psicología, UNAM

La cognición social permite interactuar con nuestro entorno social de manera eficiente con lo cual emitimos conductas de acuerdo con la situación que se presenta, esta se puede alterar como consecuencia de patologías, como trastornos psiquiátricos, del desarrollo, neurológicos, traumatismo craneoencefálico, entre otros.

Se tienen datos que posterior a un traumatismo craneoencefálico pueden ocurrir alteraciones en la cognición social de acuerdo con lo mencionado en investigaciones recientes, Prado-Guzmán, González-Ortiz y Acosta-Barreto (2017) realizaron una investigación acerca de la cognición social en personas adultas con trauma de cráneo leve, moderado y severo; en la cual las personas con este daño presentaban dificultades en Teoría de la Mente. Mientras que May et al. (2017) observaron que en personas que habían presentado un trauma de cráneo tenían menor desempeño en tareas de cognición social como reconocimiento de emociones, en comprensión de intenciones y en la selección de respuestas. Esto anterior nos muestran las posibles secuelas en la cognición social después de un trauma de cráneo y que a su vez podría tener un impacto en la calidad de vida de estos individuos.

En el caso de la hemorragia subaracnoidea en la cual se presenta un acumulo de sangre en el espacio subaracnoideo, se presentan cambios hemodinámicos ya sea por la ruptura del aneurisma, a la que también se denomina espontánea, o bien por un trauma de cráneo o postraumática en la cual se presenta contenido de material hemático en el espacio subaracnoideo, se puede ocasionar por lesiones corticales subsecuentes a un trauma de cráneo y por fractura de arterias y venas en zonas cerebrales [4]. Del mismo modo, a nivel cerebral en los procesos de cognición social trabajan en conjunto varias estructuras cerebrales segregadas que establecen redes de comunicación, por lo que una alteración, ya sea en alguna estructura, o bien en alguna de las conexiones, puede dañar este proceso [5].

PROBLEMA

Se ha establecido que posterior a un daño cerebral adquirido puede existir alteración en el funcionamiento cognitivo, como atención o memoria, aunque en años recientes ha cobrado interés la investigación sobre las secuelas en las habilidades sociales. Si por alguna patología la cognición social se altera, se pueden llegar a presentar conflictos en comprender e inferir los estados mentales de otros, en el reconocer las emociones de los demás, se modificarían las

respuestas afectivas, así como la solución de dilemas de tipo social y la toma de decisiones en los individuos [10]. Al existir una afectación en la cognición social repercutiría en sus actividades diarias del individuo debido a que para interactuar con nuestro contexto social requerimos estos procesos de cognición social. Por lo tanto, los cambios en la cognición social son relevantes debido a que no sólo afecta al individuo, sino también al grupo en el cual se desenvuelve cotidianamente la persona. A pesar de ello, son escasos los estudios que se encuentran al respecto, por lo tanto, el objetivo de la presente revisión teórica es conocer los cambios que se presentan en la cognición social en pacientes que presenten una hemorragia subaracnoidea ocasionada por un trauma de cráneo (HSApT).

MÉTODO

Se realizó una búsqueda mediante computadora en diversas bases de datos de información científica como ScienceDirect, The National Center for Biotechnology Information, Discovery Service para UNAM, Google académico y Redalyc por medio de las palabras claves en inglés como: Social cognition, Subarachnoid haemorrhage, Traumatic subarachnoid haemorrhage. La búsqueda se realizó mediante estas palabras clave en idioma inglés debido a que mucha de la investigación científica se encuentra publicada en este idioma. Los artículos que se revisaron por tema de relevancia de distintos años debido a que esto permitirte tener un rango de mayor amplitud acerca de la información que se tiene sobre la cognición social y hemorragia subaracnoidea por trauma de cráneo; sin embargo, la búsqueda mostró datos desde aproximadamente el año 1989 hasta la actualidad en investigación de las secuelas cognitivas por la hemorragia subaracnoidea. Posteriormente a esto, se fueron seleccionando los artículos que arrojava la búsqueda en base de datos para de esa manera se pudiera analizar la información que se tiene acerca de los cambios en cognición social después de la presencia de una hemorragia subaracnoidea por trauma de cráneo debido a que la búsqueda realizada también mostró información acerca de investigación sobre secuelas cognitivas y aspectos psicológicos después de una hemorragia subaracnoidea aneurismática.

RESULTADOS

La búsqueda en bases de datos permite observar que la cognición social ha sido poco investigada en individuos que han presentado una hemorragia subaracnoidea traumática. Por medio de la presente revisión se encontró un artículo en el que se han explorado aspectos en la cognición social en personas con hemorragia subaracnoidea ocasionada por la ruptura de un aneurisma, donde se han evaluado aspectos de cognición social como empatía, reconocimiento emocional y teoría de la mente [3] y otro que el que se evaluó el reconocimiento emocional en esta misma población [2]. De igual forma, mediante esta búsqueda de información se encontró que en personas con hemorragia subaracnoidea

aneurismática no solo se ha prestado atención a los cambios en la cognición social sino también se han realizado evaluaciones acerca de las posibles secuelas cognitivas por medio de pruebas neuropsicológicas que permiten medir distintos procesos cognitivos, así como también se han evaluado aspectos de estrés postraumático y se ha medido el estado de ánimo en esta población como los posibles síntomas depresivos y de ansiedad que pueden llegar a presentar y acerca de la calidad de vida de estos pacientes, por mencionar algunas de los aspectos evaluados. De igual forma, se observó que se han realizado investigaciones sobre habilidades de cognición social en personas que han sufrido un trauma craneoencefálico, entre los aspectos evaluados se encuentran las habilidades de reconocimiento de emociones y teoría de la mente, por mencionar algunos. Asimismo, se mostró que, aunque la investigación en esta población viene desarrollándose desde hace muchos años, actualmente se ha ampliado la información acerca de las secuelas cognitivas que se presentan en personas tanto después de un trauma de cráneo como por una hemorragia subaracnoidea. No obstante, es escasa la información que se tiene acerca de los cambios en cognición social después de una hemorragia subaracnoidea por trauma de cráneo.

DISCUSIÓN

En la presente revisión se pudo observar que existen investigaciones acerca de la cognición social en pacientes de hemorragia subaracnoidea aneurismática en donde los participantes tuvieron menor desempeño en tareas de cognición social como empatía, reconocimiento emocional y teoría de la mente [3], así como también se han evaluado aspectos de reconocimiento de emociones junto con desempeño cognitivo en esta misma población [2]. De igual forma, se encontró que existe mayor investigación sobre las secuelas cognitivas, estado de ánimo y acerca de aspectos de calidad de vida en pacientes con hemorragia subaracnoidea aneurismática, así como habilidades de cognición social en personas con trauma de cráneo. Sin embargo, se cuenta con escasa la información de cómo se ve afectada la cognición social después de la hemorragia subaracnoidea de tipo traumática. Por esto anterior, toma relevancia el realizar evaluaciones neuropsicológicas en pacientes con hemorragia subaracnoidea por traumatismo craneoencefálico que permitan analizar las posibles secuelas cognitivas que se presentan debido a que estas pueden repercutir su vida cotidiana y su interacción con las demás personas de su entorno social. Debido a que la cognición social se ha visto afectada por diversas patologías y en individuos con hemorragia subaracnoidea por la ruptura de un aneurisma, podría ser un posible indicador de que la cognición social puede ser sensible al daño y con ello afectar la interacción social de esta población afectando sus relaciones sociales, se propone una investigación en la cual se compare el desempeño en cognición social en pacientes con HSapt y pacientes con traumatismo músculo esquelético (TME) para con ello conocer las secuelas cognitivas que pueden presentar esta población y con ello generar estrategias de rehabilitación que permitan mejorar la calidad de vida de estos pacientes en caso de que se presenten secuelas cognitivas después de la ocurrencia de la hemorragia subaracnoidea.

REFERENCIAS

- Abel, C. G., Stein, G., Galarreguil, M., Garretto, N., Mangone, C., Genovese, O., Allegri, R. F. y Sica, R. E. P. (2007). Evaluación de la cognición social y teoría de la mente en pacientes con enfermedad cerebelosa degenerativa aislada no dementes. *Arq. Neuro Psiquiatr.*, 65 (2), 304–312.
- Buunk, A. M., Groen, R. J. M., Veenstra, W. S., Metzemaekers, J. D. M., van der Hoeven, J. H., van Dijk, J. M. C., & Spikman, J. M. (2016). Cognitive deficits after aneurysmal and angiographically negative subarachnoid hemorrhage: Memory, attention, executive functioning, and emotion recognition. *Neuropsychology*, 30(8), 961-969.
- Buunk, A. M., Spikman, J. M., Veenstra, W. S., Van Laar, P. J., Metzemaekers, J. D. M., Van Dijk, J. M. C., Meiners, L. C. & Groen, R. J. M. (2017). Social cognition impairments after aneurysmal subarachnoid haemorrhage: Associations with deficits in interpersonal behaviour, apathy, and impaired self-awareness. *Neuropsychologia*, 103, 131-139.
- Domínguez-Roldan, J. M., O'Valle, M., García Alfaro, C. y León-Carrión, J. (2005). Daño cerebral traumático catastrófico: el paciente crítico. *Revista Española de Neuropsicología*, 7, 187-221.
- Kennedy, D. P., & Adolphs, R. (2012). The social brain in psychiatric and neurological disorders. *Trends in Cognitive Sciences*. 16(11), 559-572.
- Marjoram, D., Gardner, C., Burns, J., Miller, P., Lawrie, S. M. & Johnstone E. C. (2005) Symptomatology and social inference: A theory of mind study of schizophrenia and psychotic affective disorder, *Cognitive Neuropsychiatry*, 10(5), 347-359.
- May M., Milders, M, Downey, B, Whyte, M., Higgins, V., Wojcik, Z., Amin, S. & O'Rourke, S. (2017). Social Behavior and Impairments in Social Cognition Following Traumatic Brain Injury. *J Int Neuropsychol Soc.*, 23 (5), 400-411.
- Miranda, A., Berenguer, C., Roselló, B., Baixauli, I. & Colomer, C. (2017). Social Cognition in Children with High-Functioning Autism Spectrum Disorder and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Associations with Executive Functions. *Front. Psychol.* 8 (1035), 1-13.
- Prado-Guzmán, K., González-Ortiz, J., y Acosta-Barreto, R. (2017). Comparación de los procesos de la cognición social entre adultos con trauma craneoencefálico leve, moderado y severo. *Psychologia*, 11(2), 57-68.
- Yeates, G. (2014). Social Cognition Interventions in Neuro-Rehabilitation: An Overview. *Advances in Clinical Neuroscience y Rehabilitation*, 14(1), 12-13.

VKSC34.- La valoración global de la satisfacción con la vida de los mexicanos y sus diferencias en función del nivel de escolaridad.

Leonardo Jiménez Loza, Enrique Aurelio Memije Baza, Ma. Teresa Camacho D'amico

Universidad La Salle Campus CDMX

La búsqueda de la felicidad es uno de los fines más buscados por los seres humanos (Flores-Kanter, Muñoz-Navarro y Medrano, 2018). Esto ha despertado un interés particular en el ámbito de la psicología por tratar de encontrar cuales son los factores que la determinan (Rojas, 2014). De acuerdo con (Flores-Kanter, Muñoz-Navarro y Medrano, 2018) existen dos grandes enfoques para abordar el estudio científico de la felicidad: 1) el hedonista y 2) el eudaimónico. El primero parte de la idea de que la felicidad depende de vivir experiencias altamente placenteras y el segundo a través de la actualización del potencial humano, siendo este el enfoque en el cual se centró la presente investigación. Analizar la felicidad desde la mirada eudaimónica consiste, desde el punto de vista de Blanco y Díaz (citados en: Laca, 2015), en entender que ésta debe ser estudiada a partir de la percepción que tienen los individuos sobre su bienestar subjetivo, para lo cual se debe utilizar como indicador la valoración que éstos hacen de su satisfacción con la vida en general y de las diferentes dimensiones que la constituyen. Además, dicha valoración se debe relacionar con diversos factores del contexto que pueden determinarla. En la revisión de literatura hecha por Laca (2015) y Rojas (2014) encontraron que la satisfacción con la vida depende más de predisposiciones personales y del contexto social y cultural en que se desarrollan los individuos que de eventos externos a ellos. Rojas (2014) señala que, aunque los eventos externos conllevan una fuerte carga positiva y/o negativa y que elevan el estado de ánimo de los individuos, pasado un tiempo regresarán a sus niveles originales (González-Villalobos y Marrero, 2017). De acuerdo con Gordon, Murillo y Hernández (2018) confirman, desde una mirada sociológica, los hallazgos encontrados por la psicología. Y refieren que eventos no temporales, como puede ser el aumento en el ingreso económico de los individuos, no determinan de manera contundente los niveles de satisfacción con la vida. Sin embargo, elementos del contexto social como la educación y la calidad de vida si presentan ciertos grados de relación con la valoración de la satisfacción con la vida (Imagina México, 2013).

Diversas iniciativas a nivel mundial impulsadas por organismos internacionales como son la UNESCO y la OCDE han promovido la realización de estudios comparativos para identificar el nivel de satisfacción con la vida que prevale a nivel mundial (Rojas, 2014). Estudios en los que México no ha sido ajeno. El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015) e Imagina México (2013) señalan que el estudio de la satisfacción con la vida en México reviste particular interés debido a que éste ocupó el lugar 24 de 156 países que participaron en la evaluación internacional de dicho aspecto. Comprender la relación que guarda dicha valoración con determinantes sociales que la configuran, como es el de la

educación, resulta imprescindible para poder comprender la forma en que se estructura el fenómeno de la felicidad.

PROBLEMA

México es un país, que como ya se mencionó, ocupa los primeros lugares de satisfacción con la vida a nivel mundial. Sin embargo, también ocupa uno de los primeros lugares en lo que ha desigualdad social, económica y política se refiere. De acuerdo con Gordon, Murillo y Hernández (2018) México ocupó el lugar número 61 de 187 países. Lo cual presenta a una situación en apariencia contradictoria ya que países como Dinamarca ocupa los primeros lugares a nivel mundial tanto en los niveles de felicidad como en los de desarrollo humano. Sin embargo, no es una contradicción ya que confirma lo planteado por Sen (2010), el cual expresa que el ingreso no es un factor clave para impulsar el desarrollo humano y las capacidades de la sociedad, sino que son el nivel de esperanza de vida y el nivel educativo. Es por ello que en la presente investigación se busca identificar la relación que existe entre el nivel educativo y la valoración global de la satisfacción la vida y el nivel educativo de los individuos.

Por tanto, se plantearon como preguntas de investigación: ¿Cuál es el nivel de satisfacción con la vida de los ciudadanos mexicanos? ¿Existen diferencias estadísticamente significativas en los promedios de valoración de la satisfacción con la vida hecha por ciudadanos mexicanos en función del nivel de escolaridad?

Teniendo como objetivo general: determinar la relación que existe entre el nivel de escolaridad y la valoración de la satisfacción con la vida. Y como específicos:

1. Identificar el promedio de valoración de la satisfacción con la vida.
2. Identificar la forma en que se distribuye el nivel de escolaridad en México.
3. Establecer la relación que existe entre el nivel de escolaridad y la valoración de la satisfacción con la vida de los mexicanos.

MÉTODO

Se realizó un análisis estadístico relacional de los indicadores de bienestar subjetivo obtenidos a través de la Encuesta Nacional de Bienestar Auto Reportado (BIARE) que fue aplicada por el INEGI a una muestra aleatoria de 10,654 ciudadanos mexicanos que tuvieran 18 años o más de edad (56% fueron mujeres y 44% hombres) ubicados en viviendas localizadas en 32 ciudades de 32 estados, lo cual hace que la muestra sea representativa solo para dichos sujetos (INEGI, 2016). El levantamiento se realizó durante marzo de 2012 y marzo de 2013. La encuesta abordó cuatro temas principales: 1) Satisfacción con la vida (global), 2) Eudaimonia, 3) Balance afectivo y 4) Dominios específicos de satisfacción. Cada uno de los temas se midió con un conjunto de reactivos tipo Likert graduados en

una escala que iba de 0 a 10, en donde el 0 representa el menor nivel de bienestar auto reportado y el 10 el mayor (Imagina México, 2013). De los temas abordados por la encuesta, el presente trabajo se centró en analizar la valoración de la satisfacción con la vida en global. Dicho análisis se hizo de manera descriptiva y posteriormente se relacionó con la variable nivel de escolaridad de los mexicanos: 1) Sin escolaridad, 2) Hasta básica, 3) Hasta media o técnica, 4) Hasta licenciatura y 5) Hasta posgrado.

RESULTADOS

En los que respecta al nivel de instrucción, el 4.7% de la muestra declaró no contar con algún tipo de nivel de escolaridad, el 53.7% declaró contar el nivel de educación básica (primaria o secundaria), el 22.3% declaró contar con estudios de nivel técnico o preparatoria, el 17.8% se ubicó en el nivel de pregrado y el 1.5% declaró contar con estudios de posgrado. Al analizar la valoración de la satisfacción con la vida, se encontró que el 90% de los casos se concentra en valores mayores o iguales a 6 (recordar que la escala va de 0 a 10, en donde 0 es el valor más bajo de valoración y 10 el más alto). Es decir, tienen una tendencia hacia los valores altos, lo cual permite observar que dicha valoración no tiende a tener un comportamiento normal (Kolmogorov, .186, $p < .001$ as la asimetría obtuvo un sentido negativo con una magnitud de $>$). El promedio de valoración de la satisfacción con la vida de los mexicanos es de 8.04, lo cual la ubica en un nivel alto. El valor de la desviación estándar fue de 1.9. El coeficiente de variación obtuvo un valor de 23.63% lo cual señala que las valoraciones vertidas en torno a la satisfacción con la vida tienden a ser moderadamente homogénea.

La prueba de hipótesis ANOVA de un factor al nivel de $p < .005$ permitió encontrar que las diferencias en los promedios de valoración la satisfacción con vida funcional del nivel instrucción mexicanos resultaron estadísticamente significativas $p >$. Las comparaciones Post Hoc se realizaron utilizando la prueba Tukey B. Los resultados obtenidos señalaron que el promedio de valoración de satisfacción con la vida más bajo emitido por los ciudadanos que formaron parte del estudio es el de aquellos que no tienen escolaridad o que tienen hasta educación básica ($M=7.76$, $DE=2.19$). Le siguen los ciudadanos que cuentan con estudios concluidos a nivel técnico, medio o de pregrado ($M=8.3$, $DE=1.63$). Finalmente, el puntaje más alto de valoración lo obtuvieron los sujetos con nivel de escolaridad de posgrado ($M=8.41$, $DE=1.16$).

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en la investigación ponen de manifiesto la importancia que tiene el nivel educativo en la valoración de la satisfacción de vida de los mexicanos. Si bien es cierto que el promedio de valoración global es alto para el caso mexicano, puede aumentar aún más si se incrementa el nivel de escolaridad de los mexicanos. De aquí que sea mayor la probabilidad de encontrar que los mexicanos emitan valoraciones que pueden rayar en niveles altos de

felicidad a que emitan valoraciones que tiendan a puntajes bajos. Así pues, los resultados confirman que la valoración de la satisfacción con la vida no solo se encuentra determinada por elementos individuales y personales del sujeto que la emite sino también por elementos del contexto social. Además, se muestra como uno de los factores que caben dentro del modelo eudaimónico influyen en los niveles de felicidad de los individuos. Al variar significativamente de manera lineal los promedios de valoración de satisfacción con la vida en función del nivel de escolaridad de los mexicanos, se pone de manifiesto la importancia que tiene la educación como factor transformador y promotor del desarrollo humano de un país, región o localidad.

El que la satisfacción con la vida y por ende la felicidad se relacione con el nivel de escolaridad pone de manifiesto la posibilidad que brinda la educación para acceder a mejores niveles de calidad de vida que redundarán probablemente un mejor nivel de relación consigo mismo, con los demás y con las instituciones.

Es importante señalar que existen otros factores pueden estar asociados con la valoración global de la satisfacción con la vida y que es necesario estudiarlos para poder comprender la complejidad del fenómeno. De igual forma, es necesario analizar las diferentes dimensiones de la satisfacción con la vida y su relación con otra serie de variables de carácter social y psicológico que permitan comprender el comportamiento de los puntajes obtenidos.

REFERENCIAS

- Imagina México (2013). Ranking de felicidad en México 2012. México: Imagina México
- Flores-Kanter, E.; Muñoz-Navarro, P. y Medrano, A. (2018). Concepciones de la felicidad y su relación con el bienestar subjetivo: un estudio mediante Redes Semánticas Naturales. *Liberabit*, 24(1), 115–130.
<https://doi.org/10.24265/liberabit.2018.v24n1.08>
- González-Villalobos, J., y Marrero, R. (2017). Determinantes sociodemográficos y personales del bienestar subjetivo y psicológico en población mexicana. *Suma Psicológica*, 24(1), 59–66.
<https://doi.org/10.1016/j.sumps.2017.01.002>
- Gordon, S., Murillo, S., & Hernández, S. (2018). Satisfacción con la vida y desempeño social en México: un enfoque multidimensional. *Sociológica*, 33(94), 41–74. Recuperado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=zbh&AN=130685604&lang=es&site=ehost-live>
- INEGI (2016) Encuesta Nacional de Bienestar Auto Reportado (BIARE). Recuperado de <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/investigacion/bienestar/basico/>

- Laca, F. (2015). El largo camino hacia el estudio científico de la satisfacción con la vida y el bienestar subjetivo. *Revista Pensamiento Americano*, 8(15), 27–40. Recuperado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=111560096&lang=es&site=ehost-live>
- Rojas, M. (2014). *El estudio científico de la felicidad*. México: FCE
- Sen, A. (2010). *La idea de justicia*. España: Taurus

VKSC35.- Construcción y validación de un instrumento que mide perspectivas de jóvenes en relaciones de pareja

**Ivonne Estefanía Viniegra Vidal, Alejandra Erandeny Manjarrez Alvarado,
Ana Paola Tapia Jiménez, Itzel Pacheco Campos, Leticia Cruz Vega,
Ana María Riquelme Viguera**
Universidad La Salle

Desde la Psicología, el amor se ha definido como un sentimiento o emoción de gran complejidad, referido principalmente en la necesidad de apego y pertenencia, este puede volverse positivo o negativo dependiendo de la situación (Rocha-Narvaéz et al., 2017). Elias (1996 como se citó en Tovar, 2012) menciona que el amor romántico surge a partir del siglo XVI como un sentimiento monógamo. Desde una perspectiva social García (2013) afirma que el amor romántico es una construcción social.

Padilla-Bautista, Díaz-Loving, Reyes-Lagunes, Cruz-Torres y Padilla-Gómez (2018) encontraron que, en el transcurso del tiempo, la percepción que se tiene de una pareja cambió, se ha vuelto una serie de complicados procesos psicológicos y socioculturales. Najjar y Viera (2013), consideran que las relaciones contemporáneas tienen sus bases en la individualidad, libertad, búsqueda del romanticismo, placer, igualdad de géneros e impulsividad en la toma de decisiones. Los adultos jóvenes buscan una relación de pareja saludable, sin embargo, paralela y paradójicamente buscan también los beneficios de la soltería (Najar y Viera, 2013). Alstin (2011) afirma que la causa de que los jóvenes no quieran comprometerse es “diagnosticar el problema como falta de compromiso” (p. 93). En un estudio realizado por Haglund, Belknap, Terrie, Woda y O’Hara (2016) a siete adolescentes latinas se descubrió que existen cinco elementos implicados en relaciones de pareja sanas que incluyen compromiso, comunicación, confianza, amigos y amores, y juego o entretenimiento. De acuerdo con datos reportados en dicho estudio, las adolescentes latinas desean respeto mutuo, confianza y compromiso en una relación de pareja. Catalozzi, et al., 2011; Haglund, et al., 2012; O’Leary y Slep, 2003; citados en Haglund, et al., 2016 mencionan que existen elementos identificados en las relaciones tóxicas (unhealthy relationships) que contribuyen a la violencia, incluyendo celos, control sobre el otro, infidelidad, comunicación escasa y la objetivación del otro.

PROBLEMA

A través del tiempo las perspectivas que tienen los jóvenes sobre las relaciones de pareja han ido cambiando, se ha ido transformando la idea que se tiene sobre lo que significa e involucra una relación; de igual forma, conceptos como el amor, la familia, los amigos y el compromiso tienen sobre estas relaciones un valor distinto y, por tanto, la manera en la que los jóvenes viven sus relaciones también ha cambiado con el paso del tiempo. Dado el impacto que estas

perspectivas generan en la dinámica de las relaciones de jóvenes tanto hombres como mujeres, el presente estudio tiene como propósito la construcción y validación de un instrumento que mida estas perspectivas en jóvenes de entre 18 y 39 años. Se aplicó la técnica de redes semánticas de Reyes Lagunes a una muestra de 253 participantes jóvenes voluntarios, 137 hombres y 114 mujeres de Universidades públicas y privadas de la Ciudad de México. Después de obtener la consistencia interna y la discriminación de reactivos, se realizó un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax. Los resultados agruparon 40 reactivos en 8 factores que son los siguientes: Aspectos positivos, bilateralidad, sexualidad, estabilidad, codependencia, compromiso, hanging out y desconfianza en la relación de pareja.

MÉTODO

La muestra estuvo integrada por 253 participante voluntarios jóvenes, 137 hombres y 114 mujeres de la Ciudad de México, con edades de 18 a 39 años ($M=20.60$; $D.E.= 2.90$), 240 eran solteros, 2 eran casados, 9 en unión libre. En cuanto a la escolaridad, la mayoría tienen estudios de licenciatura (76.3%). La mayoría de los hombres (56.2%) no se encontraban en una relación de pareja, en cuanto a las mujeres, el 57% reportaron no estar en una relación de pareja; el promedio del tiempo en una relación de pareja fue de 8 meses ($D.E.= 1.61$), el tiempo mínimo fue de 0 meses y el tiempo máximo fue de 15 años.

Se empleó la técnica de redes semánticas, siguiendo el modelo planteado por Reyes-Lagunes (1993), en donde se les solicitó a los participantes que definieran el estímulo "Para mí una relación de pareja significa". Se tomaron los indicadores más frecuentes y significativos y se elaboraron 75 afirmaciones con formato de respuesta tipo Likert de 5 puntos (donde 1 era totalmente en desacuerdo y 5 totalmente de acuerdo).

Los participantes fueron localizados en diferentes partes de la Ciudad de México: centros de trabajo, escuelas y domicilios. Respondieron de manera voluntaria y se destacó el anonimato y confidencialidad de las respuestas.

RESULTADOS

Se obtuvo un tamaño de la Red (TR) total de 148 definidoras del constructo, 32 para mujeres y 33 para hombres. Del total de definidoras, 42 definidoras fueron mencionadas por ambos sexos, 71 fueron mencionadas sólo por las mujeres y 77 sólo por los hombres.

De acuerdo con los datos obtenidos, se destaca que los hombres definen sus relaciones de pareja en primer lugar, como amor; posteriormente respeto, confianza, felicidad, cariño, fidelidad, apoyo, honestidad, amistad y comprensión. Mientras que las mujeres definen sus relaciones de pareja en primer lugar, como amor; posteriormente confianza, respeto, comprensión, apoyo, fidelidad, amistad,

cariño, honestidad y compromiso. Dentro de las 20 principales definidoras del constructo, 12 son compartidas por ambos sexos, sin embargo, cabe mencionar que, dentro de estas definidoras principales, para las mujeres una relación de pareja significa sexo antes que, para los hombres, por otro lado, para los hombres significa felicidad más que para las mujeres, y para ambos significa amor y fidelidad.

Con base en los resultados del estudio exploratorio, se tomaron los indicadores más frecuentes y significativos y se elaboraron 75 afirmaciones con formato de respuesta tipo Likert de 5 puntos (donde 1 era totalmente en desacuerdo y 5 totalmente de acuerdo). Posteriormente, se realizó un análisis de discriminación de reactivos a través de un análisis de distribución de frecuencias, la prueba T de Student, el sesgo y se obtuvo la correlación de cada reactivo respecto a la escala total.

Se seleccionaron 56 reactivos que cumplían los criterios estadísticos. A estos se les aplicó un análisis factorial de componentes principales; se encontraron 8 factores con valor propio mayor de 1, los cuales explican el 58.62%% de la varianza. De este análisis, se eligieron 40 reactivos con un peso factorial mayor o igual a .40 para cada dimensión. La consistencia interna de la escala total a través del alfa de Cronbach fue de .92.

DISCUSIÓN

Los resultados encuentran respaldo con lo propuesto por Páez (2014), autor que establece que las relaciones de calidad están constituida a través de una comunicación clara y honesta, así como el respeto por sentimientos e ideas del otro; asegura que entre más intimidad, afecto y apoyo mutuo haya en el vínculo de pareja, se considera como una relación de calidad.

Páez (2014) afirma que la construcción de vínculos afectivos, requiere de una estabilidad emocional, el desarrollo de estas experiencias afectivas entre parejas debe ser equilibrada, de lo contrario puede desembocar en dependencia emocional.

Tovar (2012) menciona que han surgido nuevos conceptos de compromiso como la unión libre, concubinato, relación abierta, con amor o sin él, sexo casual, y se mantienen algunos tradicionales como el noviazgo y el matrimonio. Alstin (2011) afirma que los jóvenes no confían en el matrimonio y por esta razón no se comprometen. El estilo de amor según García, Fuentes y Sánchez (2016) que describe a este factor es el tipo storge, que se caracteriza por un compromiso durable basada en la intimidad, la amistad y el cariño. Hernández y Weiss (2010), afirman que los “amigos con derechos”, “amigovios”, “relaciones virtuales” y “relaciones sexuales”, podrían ser consideradas maneras emergentes de nombrar la relación y estar en una relación de pareja; están caracterizadas por el compartir tiempo, contacto físico, direccionarse hacía el disfrute, con pedidos de fidelidad,

pero sin ningún compromiso de respeto o lealtad hacia el otro, y sin construcción de confianza o intimidación. El compromiso de los jóvenes, según Alstin (2011) se reduce al entretenimiento y diversión, lo que corresponde a el séptimo factor.

Finalmente, según Martínez-León et al. (2013) los celos pueden ser manifestados con diversas conductas, emociones y/o cogniciones, dichos autores aseguran que los celos se viven de una manera única en cada persona.

REFERENCIAS

- Alstin, Z. (2011). Sin confianza no hay compromiso. *Revista de Antiguos Alumnos del IEEM*, 93-95.
- García, F., Fuentes, Z. R. y Sánchez, S. A. (2016). Amor, Satisfacción en la Pareja y Resolución de Conflictos en Adultos Jóvenes. *Ajayu. Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología de la Universidad Católica Boliviana "San Pablo"*, 14 (2): 284-302.
- Haglund, K., Belknap, R. A., Terrie, J., Woda, A. & O'Hara, J. (2016). Latina Adolescent's Perspectives on Relationships. *Journal of Cultural Diversity*, 23(4): 131-138.
- Hernández, J., y Weiss, E. (2010). Amor y sexualidad entre jóvenes de la educación media en México. *Cuadernos De Educación*, 8(8): 245-256.
- Martínez-León, N. García-Rincón, L. Barreto-Cortes, D. Alfonso, A. Parra, A. Duque, B. Ávila, L. y Rojas, N. (2013). Características de los celos en un grupo de estudiantes universitarios de la ciudad de Bogotá. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*. 13(1): 36-44.
- Najar, L., & Viera, M. (2013). Os relacionamentos amorosos na contemporaneidade sob a óptica dos adultos jovens. *Psicologia: Teoria E Prática*, 15(2), 33-45.
- Padilla-Bautista, J. Díaz-Loving, R. Reyes-Lagunes, I. Cruz-Torres, C. y Padilla-Gómez, N. (2018). Locus de control en la elección de pareja: una validación etnopsicométrica. *Revista de Psicología*, 36(1), 217-238.
- Páez, M. (2014). Vínculos afectivos juveniles: dilemas y convergencias entre padres e hijos. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 6: 114-129.
- Reyes-Lagunes, I. (1993). Las redes semánticas naturales, su concepción y su utilización en la construcción de instrumentos. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 9(1): 83-99.
- Rocha-Narváez, Brenda Liz, Avendaño-Parra, Claudia Estella, Barrios-Alonso, Miguel Alfredo y Polo-Madera, Adalgisa. (2017). Actitudes hacia el amor en relaciones románticas de jóvenes universitarios. *Praxis & Saber*, 8(16): 155-178.
- Tovar, N. (2012). Repensando el amor y la sexualidad: una mirada desde la segunda modernidad. *Sociológica*, 27(76): 7-52

VKSC36.- Comorbilidad Emocional con Relación al Dolor Postquirúrgico en Pacientes Sometidos a Cirugía Cardíaca: Resultados preliminares

Ana Patricia Villagómez Cruz, Yesenia Sharai Robledo Martínez, Carlos Gonzalo Figueroa López, Bertha Ramos Del Rio
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2015), las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte a nivel mundial. Se estima que cada año mueren más personas por una ECV que por cualquier otra causa. Se calcula que en el 2012 murieron cerca de 17.5 millones de personas a causa de la enfermedad cardiovascular, esto representa un 31% de todas las muertes registradas en el mundo. La enfermedad coronaria es la principal causa de muerte y representa, junto con otras enfermedades cardiovasculares, el mayor problema de salud pública a nivel mundial (Fernandez, Martín y Domínguez, 2003). Existen diferentes factores de riesgo que afectan el desarrollo y progresión de la enfermedad, pueden ser, no modificables como la edad, género, raza y la genética; modificables como el tabaquismo, alcoholismo, hipertensión, actividad física y diabetes; y psicosociales como patrón de conducta tipo A, la hostilidad, ira, depresión, ansiedad, estrés, angustia y falta de apoyo social (Wielgosz y Nolan, 2000). El actual tratamiento para este tipo de enfermedad es la cirugía la cual genera en el paciente diferentes alteraciones tanto metabólicas, neurológicas, psicológicas (ansiedad, depresión, estrés, etc.) y el desarrollo del dolor postoperatorio (Machado-Alba, Machado-Duque, Calderón, Gonález, Cardona, Ruiz, R., y Montoya, 2013).

Existen reacciones emocionales, tales como la ansiedad y depresión, en los pacientes que van a ser sometidos a procedimientos invasivos y/o quirúrgicos, reacciones que pueden mostrarse antes e incluso después de los mismos. Se ha observado en diferentes estudios que este tipo de respuestas emocionales tienen consecuencias importantes para la recuperación, condiciones físicas, las acciones dolorosas, estancia hospitalaria prolongada y la supervivencia del paciente. (Castillero & Pérez 2003). Respecto al dolor postoperatorio los principales factores que condicionan esta aparición son riesgo quirúrgico, tipo de cirugía, días de ingreso preoperatorio y antecedentes quirúrgicos, entre otras (Martinez & Torres, 2007).

PROBLEMA

Aunque los factores de riesgo tradicionales explican una parte sustancial del riesgo de ECV, se ha demostrado también que los factores psicológicos predicen un resultado clínico adverso de la ECV. Estos factores han correspondido generalmente a uno de los tres amplios dominios siguientes: a) estados afectivos negativos, como depresión, ansiedad y enojo; b) factores de la personalidad como

el patrón de conducta de Tipo A, la hostilidad y la personalidad de Tipo D, y c) factores sociales como la posición socioeconómica (PSE) y el escaso apoyo social. Algunos estudios realizados con pacientes sometidos a cirugía cardíaca consideran como factor de riesgo cardiovascular la ansiedad y la depresión preoperatorias. Estos estudios concluyen que ambos trastornos pueden conducir a la aparición de más complicaciones postoperatorias a medio y largo plazo y causar una menor tasa de recuperación para las actividades de la vida diaria, mayor prevalencia de dolor crónico postoperatorio, tasa de reingresos hospitalarios e incidencia de eventos cardíacos adversos y menor supervivencia final. Respecto al dolor postoperatorio los principales factores que condicionan esta aparición son riesgo quirúrgico, tipo de cirugía, días de ingreso preoperatorio y antecedentes quirúrgicos, entre otras. La incidencia, intensidad y duración del dolor que experimenta el paciente después de una intervención quirúrgica, no son bien conocidas, porque no se han realizado los necesarios trabajos de investigación, de aquí la importancia de trabajar en México este tipo de investigación ya que no se cuenta con estudios que comprueben esta teoría. Por estas razones León y Salazar en el 2017, mencionan que la intervención de un psicólogo en este proceso quirúrgico es de mucha ayuda para que el paciente tolere mejor la situación y tenga un postoperatorio más exitoso.

MÉTODO

Participantes: se evaluaron pacientes hospitalizados con diagnóstico de enfermedad isquémica y enfermedad valvular tributarios a cirugía en el Servicio de Cardiocirugía del Centro Médico Nacional Siglo XXI. **Instrumentos:** Ficha de identificación Se utiliza para recolectar datos sociodemográficos y clínicos del paciente. Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) Diseñado por Zigmond y Snaith (1983), formada por 14 ítems, 7 para cada trastorno. Tiene una puntuación escala tipo Likert de 0-3 con puntos de corte: para la escala de depresión. Los puntajes de la escala HADS son: para ansiedad de 0 a 2 nula, de 3 a 8 leve/ moderada y mayor o igual a 9 severa; para depresión de 0 a 1 nula, de 2 a 6 leve/ moderada y mayor a 7 severa. De Escala Visual Análoga (EVA) para medir dolor postquirúrgico. **Procedimiento:** I.- El primer contacto se realiza cuando los pacientes ingresan como candidatos a cirugía al servicio de Cirugía Cardiotorácica con diagnóstico de cardiopatía isquémica y valvular. II.- Posteriormente se les lee el consentimiento informado y una vez que lo firman se les aplica la ficha datos generales y los cuestionarios de evaluación psicológica en una sola sesión individual. III.- Después de su cirugía y fuera del área de terapia postquirúrgica se les aplica la Escala Visual Análoga para medir la intensidad de dolor postoperatorio.

RESULTADOS

Se evaluaron a 29 pacientes con enfermedad cardiovascular, el 59% fueron operados por enfermedad valvular y el 41% por enfermedad isquémica; el 55% fueron hombres y el 45% mujeres con una media de edad de 62,69 (DE= 11,03). En la evaluación psicológica se encontró que el 76% de la población reportó tener algún grado de ansiedad, el nivel más reportado fue de leve/ moderado con un 66%,

el 24% de pacientes no reportó ansiedad y el 10% reportó ansiedad severa. Con respecto a los niveles de depresión se encontró que el 65% de los pacientes reporta tener algún nivel de depresión, el nivel más reportado fue de leve/ moderado con un 48%, el 35% no reportó depresión y el 17% reportó ansiedad severa. Dentro del dolor postquirúrgico el 79% de los pacientes reportó tener algún nivel de dolor; el que más se reportó fue el dolor medio con un 35%, seguido de dolor leve con un 31%, el 21% de los pacientes no reportó ningún nivel de dolor, el 10% reportó dolor fuerte y 3% reportó el peor dolor posible. Se realizó una prueba de correlación Spearman para ver el nivel de relación entre diferentes variables; entre ansiedad y depresión no se encontró relación $R=-.122$, entre las variables pre quirúrgicas (ansiedad y depresión) con el género no se encontró relación con las mujeres, sin embargo, con los hombres existe una correlación moderada negativa $R=-.394$. Respecto al dolor postquirúrgico se encontró un coeficiente de correlación entre el nivel de ansiedad y este de $R=.048$ no significativo ($P=.805$); con respecto a la relación entre depresión y dolor postquirúrgico hubo un coeficiente de correlación de $R=-.037$ no significativo ($P=.849$). Y en la relación del nivel de dolor postquirúrgico y género se encontró que los hombres reportan mayor dolor postquirúrgico en comparación con las mujeres.

DISCUSIÓN

Los trastornos de ánimo tales como la ansiedad y depresión tienen una prevalencia muy elevada en la población de pacientes con enfermedades cardiovasculares, al igual que en el estudio de Navarro et al., en el 2011 se encontraron porcentajes que demuestran que la ansiedad y depresión están presentes en este tipo de pacientes demostrando en su estudio que el 32% de la población sufrió ansiedad preoperatoria y el 19% depresión y que la ansiedad preoperatoria incremento significativamente, en nuestro trabajo se encontraron porcentajes más altos en estas variables (76% con ansiedad y 65% con depresión). En nuestro estudio hemos visto que el nivel medio de dolor postoperatorio es el más reportado por los pacientes al igual que en el estudio de Navarro en el 2011; entre de las variables sociodemográficas evaluadas a diferencia de ésta investigación en la que se demostró que las mujeres tuvieron mayor relación con el dolor postoperatorio en nuestra investigación no se encontró relación entre el género, únicamente que los hombres reportaron mayor dolor que las mujeres. Si bien en nuestro estudio no hubo una relación significativa entre el estado anímico preoperatorio y el dolor postquirúrgico en una revisión realizada por Munafo et al en el 2011 confirman una estrecha relación entre ansiedad pre quirúrgica y el dolor postoperatorio en la cirugía cardiaca.

La ansiedad y depresión ante una cirugía cardiaca está presente en un alto porcentaje de pacientes. En nuestro estudio no se observó una relación entre estas variables psicológicas y el dolor postoperatorio sin embargo en otras investigaciones y se demuestran como variables predictivas ante el dolor. Es por eso que sí existe la necesidad de tener un protocolo para el manejo de variables psicológicas pre quirúrgicas y así dar una mejor estancia postoperatoria a los

pacientes. Concluimos también que una limitación en nuestro trabajo fue la escasa población sin embargo estos son resultados preliminares de un proyecto.

REFERENCIAS

- Castillero, Y., & Pérez, M. (2003). Preparación psicológica para la cirugía mayor. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 6(13).
- Fernández-Abascal, E., Martín, M., & Domínguez, F. (2003). Factores de riesgo e intervenciones psicológicas eficaces en los trastornos cardiovasculares. *Psicothema*, 15 (4), 615-630.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Recuperado el 17 de Noviembre de 2017, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>
- Navarro-García, M., Marín-Fernández, B., de Carlos-Alegre, V., Martínez-Oroz, A., Martorell-Gurucharri, A., Ordoñez-Ortigosa, E., & Irigoyen-Aristorena, M. (2011). Preoperative mood disorders in patients undergoing cardiac surgery: risk factors and postoperative morbidity in the intensive care unit. *Revista Española de Cardiología*, 64 (11): 1005-1010.
- Wielgosz, A., & Nolan, R. (2000). Biobehavioral factors in the context of ischemic cardiovascular diseases. *Journal of Psychosomatic Research*, 48 (4): 339-345.
- Zigmond, A., & Snaith, R. (1983). The Hospital Anxiety And Depression Scale, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67: 361-370.

VKSC37.- Construcción y validación de un instrumento para evaluar actitud hacia trastornos de conducta alimentaria (anorexia y bulimia nerviosa)

Claudia Gisselle Vera López, Mariana Fernanda Rivera Aznar, Natalie Olguín López, Ana María Riquelme Viguera
Universidad La Salle

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), son trastornos mentales caracterizados por una conducta anormal ante la ingesta de alimentos, provocando problemas físicos y psicosociales. Dentro de este grupo de trastornos se encuentran la Anorexia Nerviosa (AN) y la Bulimia Nerviosa (BN) (Alaiga-Muñoz, 2016). El DSM-V (2014), define la AN como la restricción de la ingesta relacionada con las necesidades fisiológicas, provocando peso corporal bajo y para la BN, establece que el individuo debe tener episodios recurrentes de atracones, comportamientos compensatorios inapropiados para evitar el aumento de peso comiendo este tipo de comportamientos mínimo una vez por semana durante tres meses.

González-Macías, Romero, Rascon y Caballero (2013) explican cómo la rigidez y control de los padres y falta de jerarquización en la familia, junto con las dietas estrictas pueden detonar AN. Los padres que están sobre involucrados con la hija muchas veces son incapaces de darse cuenta de las manifestaciones del trastorno y sus necesidades. Un estudio realizado por Cruzat et al. (2014), los pacientes que padecen AN y BN señalan dificultades para reconocer que padecen alguna enfermedad, no comprenden lo que realmente les está pasando, cuando se les diagnostica no quieren asumir que tienen una enfermedad o tienen una baja conciencia de la enfermedad ya que saben que pueden estar enfermas. Las personas con BN usan la comida para reemplazar ansiedad o tristeza y sienten alivio al provocarse vómito. Igualmente padecen de alexitimia lo cual es dificultad para reconocer emociones. Las personas que padecen TCA en la mayoría de los casos se presentan sentimientos de inferioridad, ira, inseguridad, impulsividad, son perfeccionistas, obsesivas y compulsivas. Los TCA son también el resultado de una combinación de factores como la ansiedad, sentimientos de rechazo, exclusión social, pérdida de algún ser querido y otros eventos traumáticos. Es necesario tomar el suicidio como principal consecuencia de padecer BN y AN. Los suicidios se derivan de las presiones sociales, escolares y familiares. (Martínez-Baquero, Vianchá, Pérez & Avendaño, 2017)

PROBLEMA

Es importante tener en cuenta que la cultura actual promueve el estereotipo de que la belleza es sinónimo de delgadez y que es importante estar delgado/a para poder tener aceptación y éxito. Por lo tanto, estar en constante estimulación de parte de los medios de comunicación, puede desencadenar hábitos no sanos con la alimentación y el peso y suponen un riesgo para desencadenar un TCA. Esto es

un factor de riesgo para tener TCA porque la actitud que se tiene hacia el propio cuerpo afectan tanto las conductas como los pensamientos y emociones y muchas veces estos trastornos van de la mano con otros trastornos como ansiedad, conductas impulsivas e incluso adicciones a sustancias. Por lo tanto, es necesario tener programas de prevención que incluyan educación nutricional, información sobre el efecto nocivo de la interiorización del ideal de delgadez extrema y técnicas de expresión y regulación emocional para que no recurran a conductas inadecuadas del control del peso y la imagen corporal. A partir de lo anterior, es significativo conocer la actitud que se tiene hacia los TCA, principalmente la AN y la BN en cualquier campo y en población abierta a partir de 18 años. Por lo que el propósito de la presente investigación fue desarrollar y validar un instrumento que mida la actitud hacia los TCA en hombres y mujeres en la cultura mexicana. La investigación se conformó de dos estudios, el primero es un estudio exploratorio y el segundo contiene el desarrollo y validación de la escala.

MÉTODO

Participantes: La muestra estuvo integrada por 100 participantes mayores de 18 años, 50 hombres y 50 mujeres de la Ciudad de México, de 18 a 70 años ($M = 31.08$ años, $D.E. = 14.43$). En cuanto a la escolaridad, la mayoría tienen estudios de Licenciatura (60%). La muestra estuvo integrada por 200 participante voluntarios jóvenes, 90 hombres y 110 mujeres de la Ciudad de México, con edades de 18 a 84 años ($M=31.01$; $D.E.= 15.301$), 63.5% eran solteros, 26.5% eran casados, 2% en unión libre, 2% separados, 2% divorciados y 4% viudos. En cuanto a la escolaridad, la mayoría tienen estudios de licenciatura (62%).

Instrumento: Se empleó la técnica de redes semánticas, siguiendo el modelo planteado por Reyes-Lagunes (1993) en donde se les solicitó a los participantes que definieran el estímulo Para mí la anorexia es... y Para mí la bulimia es..., mediante el uso de diez palabras sueltas como mínimo y que leyeran sus definidoras y les asignaran números en función de la relación, importancia o cercanía que tenían con el estímulo.

Los procedimientos que se realizaron consistieron en que los participantes eran localizados en diferentes partes de la Ciudad de México: escuelas, centros comerciales, lugares públicos, etc. Respondieron al cuestionario de manera voluntaria y se destacó el anonimato y confidencialidad de las respuestas.

RESULTADOS

En el caso de las redes semánticas se obtuvo un tamaño de la Red Total (TR) de 203 definidoras del constructo de Anorexia Nerviosa, 131 para mujeres y 134 para hombres. Del total de definidoras, 62 definidoras fueron mencionadas por ambos sexos, 69 fueron mencionadas sólo por las mujeres y 72 sólo por los hombres. De acuerdo con los datos obtenidos, se destaca que tanto hombres como

mujeres, definen a la Anorexia Nerviosa, en primer lugar, como enfermedad, posteriormente trastorno, miedo y depresión.

En el caso de las redes semánticas se obtuvo un tamaño de la Red Total (RT) de 215 definidoras del constructo de Bulimia Nerviosa, 132 para mujeres y 132 para hombres. Del total de definidoras, 49 definidoras fueron mencionadas por ambos sexos, 83 fueron mencionadas sólo por las mujeres y 83 sólo por los hombres. De acuerdo con los datos mostrados, se destaca que tanto hombres como mujeres, definen a la Bulimia Nerviosa, en primer lugar, como enfermedad, posteriormente trastorno y vómito.

Con los datos obtenidos, se realizó un análisis de discriminación de reactivos a través de un análisis de distribución de frecuencias, la prueba t de Student, es sesgo y se obtuvo la correlación de cada reactivo respecto a la escala total. En función de los resultados de estas pruebas, De 50 reactivos, se seleccionaron 29 reactivos que cumplieran los criterios estadísticos. A estos se les aplicó un análisis factorial de componentes principales, con rotación ortogonal (decisión que fue tomada por el tipo de relaciones presentadas entre los reactivos) para obtener las dimensiones y la validez de constructo de instrumento. Se encontraron 7 factores con valor propio mayor de 1, los cuales explican el 56.52% de la varianza. De este análisis, se eligieron 29 reactivos con un peso factorial mayor o igual a .40 para cada dimensión. La consistencia interna de la escala total a través del alfa de Cronbach fue de .760.

DISCUSIÓN

La escala elaborada cumple con los criterios psicométricos de confiabilidad y validez. El primer factor 'mitos' tuvo mayor varianza explicada. Implica que la primera actitud que los participantes asumen para definir AN y BN es el término de delgadez. El segundo factor se denominó 'rechazo', es decir que las personas que padecen un TCA, como comentan Cruzat et al (2014), se sienten rechazadas por haber sufrido sobrepeso en su infancia o adolescencia y tratan de ser parte del ideal de belleza. Del tercer factor 'discriminación', los reactivos sobresalientes fueron acerca de quienes creían los participantes que eran los que padecían un TCA. Aliaga-Muñoz (2016), DSM-V (2014), Ibarzábal-Ávila et al (2015) y Camino et al (2017) explican que estos TCA se pueden presentar en mujeres, hombres, adultos y adolescentes.

El cuarto factor 'causas' se explica en las investigaciones realizadas por Morano-Eguino (2017) que los medios de comunicación influyen en la imagen del ideal de belleza. Dice Mateos-Agut (2014) que la familia es un gran factor para que se desarrolle un TCA porque influye la relación que existe entre los miembros, el intercambio afectivo y forma de involucrarse entre ellos. El quinto factor 'consecuencias' se refiere a las repercusiones que existen en las personas que sufren de un TCA, las cuales pueden llegar al suicidio como lo explican Martínez-Baquero et al (2017).

El factor 'tratamiento' menciona que la psicoterapia es fundamental para la recuperación. Es fundamental que el tratamiento abarque el aspecto nutricional y lo social, familiar, la auto aceptación y la responsabilidad. El séptimo factor 'sentimientos', explica que pacientes con TCA presentan alexitimia, que es la falta o dificultad que tienen al reconocer sus emociones. Las personas con TCA tienen sentimientos de inferioridad, inseguridad, ansiedad, son perfeccionistas, obsesivas, compulsivas y con diversas emociones negativas. Finalmente, los TCA tienen más prevalencia actualmente y por los resultados, la gente no tiene idea clara de que son y las consecuencias. Es importante crear más consciencia de lo que implican, para poder prevenirlos y eliminar mitos y discriminaciones hacia las personas que los padecen. Es importante que la familia sepa el impacto que tendría, en su familiar con TCA, que estén involucrados en su tratamiento y participen en las distintas sesiones del paciente, asumiendo así su responsabilidad.

REFERENCIAS

- Aliaga-Muñoz, B. (2016). Dietoterapia de la anorexia nerviosa y la bulimia. Publicaciones Didactas 74: 576- 583.
- Camino Escolar-Llamazares, M., Martínez Martín, M. A., González Alonso, M. Y., Begoña Medina Gómez, M., Mercado Val, E. y Lara Ortega, F. (2017). Factores de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria entre universitarios: Estimación de vulnerabilidad por sexo y edad. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios, 8: 105-112.
- Cruzat Mandich, C., Díaz Castrillón, F., Navarro, J.A, García Troncoso, A., Behar Astudillo, R. y Arancibia Meza, M. (2014). Discursos en anorexia y bulimia nerviosa: un estudio cualitativo acerca del vivenciar del trastorno. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios, 5(2): 70-79.
- González-Macías, L., Romero, M., Rascón, M. L. y Caballero, A. (2013). Anorexia nerviosa: experiencias familiares sobre el inicio del padecimiento, el tratamiento, la recaída y la remisión. Salud Mental, 36(1): 33-39.
- Ibarzábal-Ávila, M. E., Hernández-Martínez, J. A., Luna-Domínguez, D., Vélez-Escalante, J. E., Delgadillo-Díaz, M., Manassero-Baeza, V., Bernal-Espinoza, E., González-Macías, L., Ortíz-Fernández, A. G., Moguel-Gloria, A., Córdova.Esquivel, A. L. Y Ramos-Ostos, M. H. (2015). Anorexia nerviosa: revisión de las consideraciones generales. Revista de Investigación de Médica Sur, 22(3): 112-117.
- Manual de Diagnóstico Diferencial (DSM-5).(2014). American Psychiatric Association, 191-194.
- Martínez-Baquero, L. C., Vianchá Pinzón, M. A., Pérez Prada, M. P. Y Aveñado Prieto, B. L. (2017). Asociación entre conducta suicida y síntomas de anorexia y bulimia nerviosa en escolares de Boyacá, Colombia. Acta Colombiana Psicológica, 22(2): 178-187.

- Megías-Tortosa, A. M. (2018). Trastornos de Conducta Alimentaria: Propuesta de Intervención Integradora. *Publicaciones Didácticas*, 92: 312-321.
- Morano-Eguino, C. (2017). Influencia de la Publicidad en el desarrollo de trastornos de alimentación, *Revista de la Universidad de Sevilla*, 1-62.
- Reyes-Lagunes, I. (1993). Las redes semánticas naturales, su concepción y su utilización en la construcción de instrumentos. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 9(1): 83-99.

VKSC38.- Relación entre la percepción de riesgo negativa de la enfermedad y los niveles altos de ansiedad preoperatoria

Daniela Méndez Rodríguez¹, Carlos Gonzalo Figueroa López¹, Ximena Guevara Alvarado², Samantha Mayorga Briones²

¹Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM

²instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey

INTRODUCCIÓN

El corazón tiene cuatro válvulas cuya función es abrir y cerrar sus puertas, denominadas >, coordinadamente para que la sangre circule en una sola dirección. Algunas veces, éstas no funcionan adecuadamente y puede ocasionar: a) regurgitación: la sangre se filtra en el sentido contrario; b) prolapso: las valvas se vuelven flexibles o se aflojan y no cierran bien; y, c) estenosis: las valvas no se abren lo suficiente e impiden el flujo de la sangre. Para tratar estas alteraciones, se emplea la cirugía cardíaca de reparación o sustitución valvular, que es una técnica que involucra el uso de instrumentos quirúrgicos, requiere la penetración del tejido para llegar al corazón y se practica bajo anestesia general. Ante la cirugía cardíaca, los pacientes experimentan emociones disruptivas, ya que presenta la posibilidad de recuperar su salud, pero también es un evento estresante que produce trastornos emocionales (miedo a no despertar de la anestesia, dolor, separación familiar), y que disminuye su calidad de vida (Beresnevaité et al., 2016).

Los factores de riesgo cardiovascular de tipo psicosocial provocan no sólo alteraciones en la calidad de vida de estos pacientes, también hacen más probable la ocurrencia de un resultado desfavorable de la cirugía alterando el estado físico, emocional, cognitivo y comportamental del paciente (Borregaard et. al., 2017; Nekouei, Yousefy, Doost, Manshaee y Sadeghei, 2014). Por ejemplo, la presencia de ansiedad en pacientes mexicanos, se ha reportado una prevalencia que va del 60% al 80% (Escudero, 2016; Figueroa, Mora, Ramos, 2017) teniendo consecuencias como aumento en la vulnerabilidad de infecciones, mayor estadía hospitalaria, una recuperación lenta e incluso se han relacionado como predictores de dolor post quirúrgico (Sandrino et al., 2016; Hernández, López, y Guzmán, 2016).

Otro factor que ha demostrado ser esencial en el proceso de las ECV son las representaciones emocionales de la enfermedad, o percepciones de la enfermedad, ya que éstas determinan el comportamiento del individuo para hacerle frente (Leventhal et al., 1984). De acuerdo con el modelo de autorregulación de la enfermedad de Leventhal et al. (2001), las representaciones emocionales, pueden generar consecuencias anticipadas y experimentadas de la enfermedad, que implican resultados físicos, emocionales, sociales y económicos. Específicamente, las representaciones emocionales negativas se expresan en sentimientos de preocupación, enojo, ansiedad, miedo y depresión, mientras que las

representaciones más positivas tienen que ver con la tranquilidad y niveles de ansiedad y estrés controlados. Investigaciones previas en pacientes con enfermedades claramente diagnosticadas, muestran que una fuerte identidad de la enfermedad, una perspectiva de que la duración de la enfermedad será prolongada y una percepción de consecuencias graves, se asocian con resultados de salud más negativos (Hagger y Orbell, 2003).

PROBLEMA

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son un problema de salud pública en México y el mundo. Debido a que estos pacientes constituyen una población creciente en riesgo de padecer alteraciones psicológicas, es importante crear e implementar protocolos de evaluación e intervención psicológica para México, ya que actualmente no se cuenta con evidencia que sustente la relación entre estos factores en pacientes con enfermedad cardíaca valvular. Por esto mismo se hace necesario trabajar de manera multidisciplinaria, en donde los cardiólogos y los psicólogos trabajen en conjunto con el fin de favorecer al paciente. Los factores de riesgo cardiovascular de tipo psicosocial, provocan alteraciones en el estado físico, emocional, cognitivo y comportamental de los pacientes, afectando su calidad de vida. Además de presentar alteraciones emocionales, la salud del paciente se ve afectada por el desconocimiento de la enfermedad, lo que permite que se formen representaciones emocionales que incorporan reacciones negativas (miedo, ira y angustia) y, a su vez, facilita la aparición de ansiedad, depresión y estrés (Broadbent et al., 2006), además de un aumento en la vulnerabilidad de infecciones, mayor estadía hospitalaria y recuperación lenta después de la cirugía (Sandrino, Meléndrez, Mederos y Carracedo, 2016). El objetivo de la presente investigación fue evaluar los niveles de ansiedad preoperatoria y las representaciones emocionales negativas de pacientes con cardiopatía valvular candidatos a cirugía atendidos en la UMAE del Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS.

MÉTODO

Participantes. Muestra intencional no probabilística de pacientes candidatos a cirugía cardíaca atendidos en el servicio de Cardiocirugía del Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS. Se incluyeron hombres y mujeres, alfabetizados. No se incluyeron a pacientes con problemas de salud crónicos en etapa avanzada (insuficiencia renal, EPOC), que en el momento del estudio estuvieran en tratamiento con ansiolíticos y antidepresivos. Se eliminaron a los pacientes con evaluaciones incompletas.

Los instrumentos utilizados fueron: Carta de consentimiento informado del IMSS; Ficha de datos generales en donde se recolectaron datos personales; información sociodemográfica; e información clínica de estos pacientes. Escala de Ansiedad del cuestionario HADS que consta de 7 reactivos. Es una escala de tipo Likert con cuatro opciones de respuesta. Escala de Representaciones emocionales

del cuestionario IPQ-R 6 reactivos con escala de respuesta tipo Likert.

El procedimiento consistió en que los pacientes candidatos a cirugía de reparación o reemplazo valvular, voluntarios, fueron informados sobre su derecho de participar. Después de obtener el consentimiento informado, fueron invitados a participar. Posteriormente, se recabaron los datos de la Ficha de datos generales y los cuestionarios psicológicos mencionados. Los análisis de datos se realizaron mediante el programa SPSS v.20 y se realizaron análisis descriptivos para obtener las características de la muestra.

RESULTADOS

Se evaluaron 15 pacientes con valvulopatía cardíaca candidatos a cirugía de reemplazo valvular; 10 mujeres (66.7%) y 5 hombres (33.3%) con una edad promedio de 64.27 años (DE 11.55); el 93% provenía de la Ciudad de México y el 6.7% de la Ciudad de Puebla; el 53.3% había estudiado la preparatoria / carrera técnica, el 20% sólo la primaria, el 13.3% la secundaria y el 13.3% la licenciatura; 86.7% eran católicos y el 13.3% cristianos ; el 53.3% se dedicaba a las labores del hogar, el 26.7% eran jubilados o pensionados y el 20% eran empleados; y el 73% eran casados o vivían en unión libre, el 13.3% eran divorciados, 6.7% eran solteros y el 6.7% restante eran solteros. Los resultados de la evaluación de la escala de Ansiedad del cuestionario HADS mostraron que el 46.7% de los pacientes reporta altos niveles de ansiedad preoperatoria reflejada en sentimientos de nerviosismo, temor, pensamientos preocupantes, miedo, incapacidad para estar quieto durante un periodo largo de tiempo, pánico; mientras que el 53.3% reportó no sentir ansiedad. En la escala de Representaciones emocionales del IPQ-R se encontró que el 53.5% de los pacientes se percibe emocionalmente afectado por su enfermedad cardíaca, reflejado en sentimientos de preocupación, enojo, ansiedad, miedo y depresión; 46.5% reportó no sentirse afectado emocionalmente por su enfermedad antes de la cirugía. Además, a través de un análisis de correlación de Spearman, se encontró una relación entre los niveles elevados de ansiedad y las representaciones emocionales negativas ($r=0.820$ $p=0.000$), dicho de otro modo, entre más elevadas sean las representaciones emocionales negativas habrá mayor ansiedad preoperatoria.

DISCUSIÓN

El objetivo de la presente investigación fue evaluar los niveles de ansiedad preoperatoria y las representaciones emocionales negativas de pacientes con cardiopatía valvular candidatos a cirugía atendidos en la UMAE del Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS. La literatura ha comprobado que la ansiedad es un factor sumamente influyente para la recuperación física y emocional de los pacientes, ya que se considera una disposición psicológica adaptativa que permite afrontar la intervención si se presenta ante una sintomatología leve. Sin embargo, los altos niveles de ansiedad, se asocian con el malestar psicológico y físico, que trae consigo diversas complicaciones cuando la sintomatología va de moderada a

severa (Cárdenas, Quiroga, Restrepo y Cortés, 2005; De la Paz, Prego y Barzaga, 2006; Bradt, Dileo y Shim, 2013). Las técnicas cognitivo conductuales han demostrado ser formas efectivas para ayudar a las pacientes a modificar la comorbilidad emocional, principalmente en pacientes de alto riesgo como los de esta población clínica. Los programas psicoducativos dirigidos a mejorar el conocimiento de la enfermedad, las técnicas de respiración, de relajación y de solución de problemas pueden llegar a empoderar a los pacientes para afrontar mejor a su enfermedad. Además, el aprendizaje que se promueve desde este enfoque es progresivo más que rápido, y tiende a fortalecer la autoeficacia en la medida que los pacientes entienden la relación entre su comportamiento y la salud, y logra que los pacientes se comprometan en generar sus propios cambios conductuales al identificar los factores de riesgo que desean cambiar y/o controlar. Esta investigación, en conjunto con otros estudios previos, demuestran que la presencia de los niveles altos de ansiedad tiene un gran impacto en el estado físico, emocional, cognitivo y comportamental de los pacientes con ECV. Actualmente se ha visto un mayor interés por parte de los médicos cardiólogos para realizar evaluaciones más integrales relacionadas con los factores de riesgo psicosocial y, si bien ellos no fungen como psicólogos u otros profesionales de la salud mental, este estudio evidencia la necesidad de evaluar y atender los síntomas psicológicos y conductuales de esta población clínica, comenzando por convertir a los pacientes en agentes activos en el proceso de su enfermedad.

REFERENCIAS

- Beresnevaité, M., Benetis, R., Taylor, G. J., Rašinskienė, S., Stankus, A., y Kinduris, S. (2016). Impact of a Cognitive Behavioral Intervention on Health-Related Quality of Life and General Heart Rate Variability in Patients Following Cardiac Surgery: An Effectiveness Study. *Psychosomatics*, 1–11.
- Borregaard, B., Ekholm, O., Riber, L., Sørensen, J., Møller, J. E., Thrysoe, L., Berg, S. K. (2018). Patient-reported outcomes after aortic and mitral valve surgery—results from the DenHeart Study. *Eur J. Cardiovasc Nursing*, 17(3): 246-54.
- Broadbent, E. et al. (2006). Brief Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ). *Psychosom*, 60: 631–637.
- Escudero, R. B. (2016). Psychological profile of the hospitalized patient who is a candidate for coronary revascularization surgery. Bachelor thesis, Mexico City: UNAM.
- Figuroa - López C., Mora – Osorio, R., Ramos del Rio, B. (2017). Relationship between preoperative anxiety and coping strategies in hospitalized patients with ischemic heart disease candidates for cardiac bypass. *Slopes. Specialized Magazine in Health Sciences*, 20(1): 5-9.
- Hagger, M., S., Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychol Health*, 18: 141-184.
- Hernández, A. I., López, A. J., Guzmán, J. A. (2016). Level of anxiety and preoperative information in patients scheduled for surgery. A descriptive cross-sectional study. *Medical Record Group Angeles*, 14(1): 6 -11.
- Leventhal, H., Leventhal, E. & Cameron, L. (2001). Representations, procedures,

- and effect in illness self-regulation: A perceptual-cognitive model. In Baum, A., A.Revenson, T. & E.Singer, J. (Ed.). Handbook of Health Psychology. Mahwah: LEA.
- Leventhal, H., Nerenz, D., R. y Steele, D., S. (1984). Illness representations and coping with health threats. Handbook of psychology and health, 4: 219–252.
- Nekouei, Z. K., Yousefy, A., Doost, H. T. N., Manshaee, G., Sadeghei, M. (2014). Structural Model of psychological risk and protective factors affecting quality of life in patients with coronary heart disease: A psychocardiology model. J R es Medical Sciences, 19(2): 90.
- Sandrino, V. L., Meléndrez, E. H., Mederos, D. H. y Carracedo, I. C. (2016). Características sociodemográficas y estados emocionales negativos en pacientes con enfermedad cardiovascular con indicación quirúrgica. CorSalud, 8(3): 164-172.

VKSC39.- Estudio descriptivo de variables psicológicas en mujeres con cardiopatía valvular candidatas a cirugía cardíaca

**María José Rodales Feria, Carlos Gonzalo Figueroa López, Bertha Ramos
Del Río y Elizabeth Alonso Flores
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM**

INTRODUCCIÓN

Alfonso, Bermejo y Segovia (2006), postulan que el índice de mortalidad de las mujeres debido a una enfermedad cardiovascular (ECV) es superior, en comparación con el presentado por los hombres; estas enfermedades representan la primera causa de muerte en mujeres de todo el mundo. Asimismo, se ha encontrado una prevalencia de presentar una ECV en este sector de la población después de los 50 años, lo que puede aumentar la probabilidad de que sea sometida a una cirugía cardíaca.

García, De Arazoza, Castello, Fernández y Rodríguez (2018) mencionan que en los últimos años se ha considerado al sexo femenino como un factor de riesgo en morbilidad y mortalidad peri operatoria en la cirugía de sustitución valvular específicamente aórtica; aún no se ha logrado identificar la razón pero se ha encontrado que existe una gran diferencia entre la respuesta fisiopatológica en mujeres y hombres además de que la superficie corporal es menor en mujeres por lo que se pueden dar mayores complicaciones.

De acuerdo con un el vídeo “Women in RED”, publicado en la página de la Sociedad Española de Cardiología (2018), ser mujer es uno de los factores que suma riesgos de tener una enfermedad cardiovascular. Asimismo, plantea el por qué esta enfermedad es más agresiva en mujeres, de acuerdo con las siguientes cifras: Un estudio realizado en Inglaterra en el año 2014, arroja que la ECV aparece de 20 a 30 años antes en mujeres y de 15 a 20 años antes que en hombres. También se encontró que las mujeres diabéticas tuvieron tres veces más riesgo de presentar este tipo de enfermedad que las mujeres no diabéticas, mientras que los hombres diabéticos presentaron dos veces más riesgo, que los no diabéticos. En cuanto a las diferencias de género en mortalidad por infarto en diabéticos, en otro estudio se obtuvo que esta enfermedad el corazón es más frecuente y tiene una mortalidad mayor en mujeres que en hombres, con un 28.5 % sobre un 21.1 % respectivamente.

Dentro de los factores de riesgo y comorbilidad en mujeres con diabetes tipo 2 con infarto, más del 50 % de esta población, que tienen de dos a tres factores asociados a un mal pronóstico, se encuentran la edad, el consumo de tabaco, obesidad, insuficiencia renal crónica y depresión. Además de las implicaciones

físicas que se presentan también en la mujer existe un factor que influye en el riesgo de padecer una enfermedad crónica y es la sobrecarga por asignaciones sociales, culturales y de género; esto implica las tareas domésticas, compartidas muchas veces con el trabajo fuera del hogar, la prestación de servicios de salud a otros miembros de la familia, las labores de "cuidadora", entre otras (Oramas, Lugones y Massip; 2017).

Lo anteriormente mencionado, resalta la importancia que tiene tomar en cuenta diversos factores que después resultan de mucha relevancia al momento en que los pacientes, específicamente las mujeres, se adhieran al tratamiento, lo que contribuirá a que mejore su diagnóstico.

PROBLEMA

Es de suma importancia recalcar que se encuentran pocos datos estadísticos que hablen sobre la enfermedad valvular y las características que tienen los y las pacientes que la presentan; sin embargo Alfonso, Bermejo y Segovia (2006) mencionan que en España se tienen algunos datos que revelan algunas características e implicaciones pronósticas que han sido bien analizadas, por ejemplo, que en mujeres es menos frecuente que se cuente con un diagnóstico clínico adecuado además de que diferentes estudios han demostrado que las mujeres con insuficiencia cardíaca son mayores en edad, tienen hipertensión y presentan mayor comorbilidad.

Debido a que el número de casos que se desarrollan de esta enfermedad va en aumento gracias a la mayor esperanza de vida es de suma importancia que se dé un tratamiento integral a los pacientes en donde participan diversos profesionales, uno de ellos los psicólogos de la salud, debido al impacto que se experimenta de la mano del proceso de la enfermedad; el primer paso para llegar a comprender la naturaleza de la enfermedad valvular será describirla en población mexicana, siendo este el objetivo del presente trabajo donde se busca saber ¿Cuáles son las características que se presentan en mujeres con enfermedad valvular tributarias a cirugía cardíaca?

MÉTODO

Se evaluaron 39 pacientes femeninas diagnosticadas con valvulopatía tributarias a procedimientos invasivos que acuden al servicio de consulta externa en el Hospital de Cardiología del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

Los instrumentos utilizados fueron: Escala de Evaluación de Estrés, Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), Inventario de Afrontamiento a las Lesiones y Problemas de salud (CHIP) y la Escala de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS).

Las pacientes fueron asignadas al servicio de psicología cuando asistieron a sus citas de rutina en consulta externa del Hospital de Cardiología del Centro Nacional Siglo XXI. Al identificarlas se procedió a hacer la presentación del equipo, la explicación y firma del consentimiento informado, la aplicación de la Historia Clínica de Salud y Estrés que consiste en datos generales, datos clínicos y preguntas sobre el estilo de vida. Posteriormente se realizó la aplicación de la Escala de Evaluación de Estrés y la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria que arrojan puntaje total y sus respectivos niveles, la aplicación del Inventario de Afrontamiento a las Lesiones y Problemas de salud que arrojan puntuaciones en cuatro diferentes estilos de afrontamiento (distracción, paliativo, instrumental y emocional), por último se realizó la aplicación de la Escala de Calidad de Vida Relacionada con la Salud de la que se derivan subescalas reportando aquí la denominada Resumen Clínico.

RESULTADOS

Se realizó un análisis descriptivo mediante el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Las participantes se encontraban entre los 50 y 81 años, 84.6% residen en la Ciudad de México y 15.4% son foráneas. El 5.1% son solteras, 53.8% casadas o viven en unión libre, 28.2% son viudas y 12.8% divorciadas, 33.3% cuentan con estudios a nivel preparatoria o carrera técnica, el demás porcentaje se divide en distintos niveles escolares. El 76.9% tienen como ocupación el hogar, 10.3% son jubiladas o pensionadas y el resto se dedican a una profesión, comercio o empleos diversos. El 76.9% se reportan como parte de la religión católica.

Sobre los datos relacionados con el estilo de vida 12.8 % mencionan no haber hecho cambios en su estilo de vida mientras que 87.2% sí. Entre los cambios en específico se encuentra que 10,3% no cuidan su alimentación y 89.7% si, 25.6% tienen la oportunidad de realizar actividad física pero no lo hacen mientras que 41% si lo llevan a cabo, 7.7% continúa fumando y 10.3% lo dejó, 12,8% aún consumen alcohol, pero 10.3% no y 2.6% consumen drogas y 5.1% ya no lo hacen. 48.7% de las mujeres no tienen preocupación por la cirugía pero 51.3% sí, de las cuales el 20.5% es morir; en el 35.9% la actividad laboral se ha visto disminuida y en el 25.6% se ha mantenido, las actividades han disminuido un 23.1% y mantenido en el 56.4% en el ámbito familiar, en cuanto al ámbito social se ha disminuido en 25.6% y mantenido en 56.4%, 10.3% de disminución y 23.1% mantenimiento en el ámbito académico mientras que en el contacto físico hay 5.1% de disminución y 59% se mantiene igual.

En cuanto a estrés se reporta que 2.3% no lo presentan, pero 97.7% sí de los cuales 89.7% tienen un nivel bajo y 7.7% moderado. En ansiedad se observa que el 48.7% no la presentan, pero 51.3% sí de los cuales 41% es leve y 10,3% severa. La depresión no se presenta en el 38.5% pero sí en el 61.5% de los que 48,7% es leve y 12.8% severa.

En estrategias de afrontamiento se reporta que 25.65% utilizan como

principal tipo de afrontamiento el paliativo, emocional y de distracción; sin embargo 74.35% presentan mayor puntaje en estrategias instrumentales, pero siguen utilizando los otros tipos. Por último, para calidad de vida, se presenta una media de 65.75 puntos para resumen clínico.

DISCUSIÓN

Factores como el estrés, depresión y ansiedad se han relacionado con la reactividad cardiovascular; en la población estudiada el 97,7% presentan estrés el cual ha sido vinculado con la aparición de la hipertensión arterial (Figueroa, Díaz y Ramos; 2011), la depresión ha sido asociada con una evolución poco favorable en pacientes cardiovasculares y el 61.5% de los participantes la reportan (Romero, 2007), mientras que la ansiedad (51.3% la presenta en la muestra) se ha relacionado con la aparición futura de eventos cardiovasculares, en donde las personas con este trastorno tienen un riesgo superior del 26% de padecer este tipo de enfermedades y un 48% de muerte cardiovascular (Sociedad Española de Cardiología, 2010). Si además se agrega que el género y la edad (casi siempre mayores a 50 años) serán decisivas para presentar diferentes factores de riesgo, por ejemplo, la sobrecarga del trabajo que incluye las tareas del hogar a las que 76.9% de las participantes se dedican (Bello, Cáceres, Gómez, Paniagua, Lovera y Centurión; 2017).

Andrae y Céspedes (2017) explican que en la personas con padecimientos crónicos se requieren siempre tratamientos de muy larga duración que deben ser controlados por profesionales y mantenidos por ellos mismos, sin embargo, en países desarrollados este mantenimiento solo se da en el 50% de esta población siendo más bajos los porcentajes en países en vías de desarrollo, pues para muchos pacientes es difícil crear un compromiso y adherencia al tratamiento; se puede observar que en cuanto a estilo de vida el 12.8% de los pacientes no han hecho cambios para mejorarlo aunque su médico y otros profesionales se los hayan indicado afectando también esto a las actividades que realizan en su vida cotidiana que también se pueden ver disminuidas debido a los síntomas propios de la enfermedad, el no tomar sus medicamentos, no acudir a citas o no generar un cambio en el estilo de vida por lo que se debe trabajar con ellos para mejorar este aspecto y la forma en que actúan ante esta enfermedad, es decir cómo la afrontan. Se concluye que es de suma importancia estudiar factores psicológicos presentes, su diferencia entre hombres y mujeres y la intervención específica adecuada para este tipo de población.

REFERENCIAS

- Alfonso, F., Bermejo, J. & Segovia, J. (2006). Enfermedades cardiovasculares en la mujer: ¿por qué ahora? *Revista puesta al día*, 59(3), 259-263.
- Andrade Méndez, B., & Céspedes Cuevas, V. (2017). Adherencia al tratamiento en enfermedad cardiovascular: rediseño y validación de un instrumento. *Enfermería universitaria*, 14(4): 266-276.

<https://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2017.10.001>

Bello, Laura García, Cáceres, Cristina, Gómez, Nancy, Paniagua, María, Lovera, Oscar, & Centurión, Osmar Antonio. (2017). Factores de riesgo y cardiopatías prevalentes en mujeres internadas en la división de medicina cardiovascular del Hospital de Clínicas. Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud, 15(2): 45-55.

[https://dx.doi.org/10.18004/mem.iics/1812-9528/2017.015\(02\)45-055](https://dx.doi.org/10.18004/mem.iics/1812-9528/2017.015(02)45-055)

Figueroa, C., Díaz, L. & Ramos, B. (2011). Factores de riesgo psicosociales asociados a los trastornos cardiovasculares en estudiantes universitarios. Anales de Psicología, 27(3), 739-744.

García Romero, J., de Arazoza Hernández, A., Castello Villalón, X., Fernández Milán, A., & Rodríguez Rosales, E. (2018). Evolución de los pacientes mayores de 60 años con disfunción ventricular izquierda en la cirugía de válvula aórtica. Revista Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, 24(3), 234-247. Recuperado de <http://www.revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/742>

Oramas Hernández, L., Lugones Botell, M., & Massip Nicot, J. (2017). Sobrecarga de género asociada al riesgo cardiovascular en mujeres de edad mediana supuestamente sanas del policlínico "Mártires del Corynthia". Revista Cubana De Obstetricia Y Ginecología, 43(3). Recuperado de <http://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/237>

Romero, C. (2007). Depresión y enfermedad cardiovascular. Revista Uruguaya de Cardiología, 22. Sociedad Española de Cardiología. (2010). Ansiedad y enfermedad coronaria. Recuperado de: <https://secardiologia.es/multimedia/blog/2859-ansiedad-y-enfermedad-coronaria>

VKSC40.- Niveles de consumo de alcohol en universitarios y su relación con el estrés

Jonathan Daniel Sánchez Landeros, Juan Luis Arrieta Villarreal, Claudia Margarita González Fragoso, Norma Angélica Ortega Andrade
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

INTRODUCCIÓN

La presente investigación trata los temas de niveles de consumo de alcohol y su relación con el estrés académico, primero podemos encontrar desde algunos datos sobre el alcoholismo y los problemas causados por este, así como el sustento teórico de los daños posibles en la sociedad, así como en los individuos que se ven influenciados por los consumos altos y nocivos hacia la salud. De igual forma se tratará el tema y concepto del estrés y el estrés académico. Abordaremos el problema que consideramos parte fundamental del por qué se lleva a cabo esta investigación, acompañado de la justificación sobre de qué manera esto causa un impacto negativo en el desarrollo de las actividades de los jóvenes universitarios, más en específico de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo y de forma particular en las áreas académica de Enfermería, perteneciente al Instituto de ciencias de la salud y el área académica de Administración en el Instituto de Ciencias Económico Administrativas.

Existe una relación directa entre el consumo del alcohol, las muertes violentas, el suicidio y los accidentes del tránsito. El alcohólico es un enfermo que a través del consumo del alcohol comienza a sufrir daños (mentales, corporales y sociales). Dentro de los daños mentales se encuentra la paranoia de celos, alucinosis alcohólica y delirium tremens, hemorragias cerebrales e incluso ataques epilépticos.

El alcoholismo se ha convertido en un problema de salud pública, debido, no solo al gran número de enfermedades fisiológicas y mentales con las que se relaciona, además de ser una de las principales causas de muerte en adultos jóvenes (de los 18 a 40 años). De acuerdo con la Organización Mundial de la salud (OMS, 2015) el 25% de las defunciones, en el grupo de edad situado entre los 20 y los 39 años, corresponden al consumo excesivo de alcohol, de ahí que muchos estudios versen, sobre las causas, prevalencia y consecuencias del alcoholismo.

La investigación sobre el estrés centrada en los factores psicosociales ha tendido a orientar y organizar la teoría hacia las consecuencias que tienen las experiencias estresantes sobre la salud, más que hacia el origen de dichas experiencias. “Este fenómeno representa un problema de gran relevancia actual en el marco del estudio social del estrés, ya que las condiciones sociales (organización social, apoyo social, aspectos socioeconómicos, estatus marital, rol laboral, género,

etc.) pueden estar implicadas tanto en el origen como en las consecuencias de las experiencias estresantes. Las situaciones sociales pueden provocar altos niveles de estrés que, a su vez, afectan a la salud, a la calidad de vida y la longevidad” (Cockerham, 2001, p. 32).

Finalmente se mostrará los procedimientos de nuestra investigación, el tipo de diseño utilizado, la cantidad de participantes, los procedimientos en relación a la solicitud y petición de apoyos para llevar a cabo nuestras pruebas, así como el análisis de datos, para finalmente mostrar resultados y conclusiones de nuestra investigación, fundamentado con nuestras aplicaciones hechas a la población universitaria de las carreras ya mencionadas.

PROBLEMA

El alcoholismo es un padecimiento que genera una fuerte necesidad y ansiedad de ingerir alcohol, de forma que existe una dependencia física del mismo, manifestándose a través de varios síntomas de abstinencia cuando no es posible su ingesta. El alcohólico no tiene control sobre los límites de su consumo, que va en aumento a medida que se desarrolla tolerancia a esta sustancia.

Con la aceptación de adicciones legales por parte de la sociedad, se ha permitido el uso indebido de sustancias nocivas para salud que generan adicciones. Lo cual ha malogrado un notorio aumento de presencia en jóvenes de México. De forma más clara durante esta investigación se llevará a cabo en relación al alcoholismo en estudiantes de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, del área académica de Enfermería y Administración, siendo esta adicción la más “popular” entre la juventud universitaria.

Uno de los factores críticos de esta investigación no es solo la presencia del alcoholismo en estudiantes de la universidad, sino que esto tiene una estrecha relación con su capacidad de socialización, donde los grupos de jóvenes para relacionarse acuden a la utilización del alcohol como algo demasiado común para una “reunión” fiesta o inclusive en sus tiempos de ocio. Así como considerar la existencia de establecimientos que venden alcohol en distancias cercanas a las universidades y más en específico al Instituto de Ciencias de la Salud y el Instituto de Ciencias Económico Administrativas , que a no más de 3 km. tiene un par de bares y depósitos donde están a la venta bebidas alcohólicas; otras causas adicionales que podrían ser un factor como lo son el nivel socio-económico, la ubicación geográfica, problemas familiares, la incapacidad de desarrollar herramientas adecuadas para sobrellevar el estrés ocasionado por los estudios, así como problemas emocionales.

MÉTODO

La población de la presente investigación fueron estudiantes de las licenciaturas de Enfermería y Administración de empresas de la Universidad

Autónoma del Estado de Hidalgo. En la investigación participaron 111 mujeres y 41 hombres, con un rango de edad de entre los 18 y los 22 años y con una edad promedio de 21 años.

Se utilizó el Cuestionario de Identificación de los Trastornos debido a su consumo de Alcohol (AUDIT), el cual permite indagar acerca del consumo reciente, síntomas de dependencia y problemas relacionados al alcohol. De igual forma se empleó el inventario CAGE, el cual explora aspectos subjetivos de la persona en relación con el consumo del alcohol, y aspectos relacionados con la abstinencia alcohólica. Por último, se utilizó el inventario SISCO del Estrés Académico que permite evaluar el grado de estrés académico, los factores causantes y las reacciones físicas, psicológicas y comportamentales que genera.

El procedimiento realizado fue el siguiente: Primeramente, se realizó la solicitud al instituto correspondiente para posteriormente solicitar apoyo a los estudiantes, a los cuales, después de la entrega de consentimiento informado se les aplicó la batería de pruebas para finalmente realizar el análisis de resultados con el programa SPSS versión 15: Se utilizó estadística descriptiva para obtener el puntaje promedio y estadística inferencial para obtener el coeficiente de correlación de Pearson, para ver si hay relación entre las variables.

RESULTADOS

Se observa que la carrera de Administración tiene un mayor puntaje de la media en el inventario AUDIT con 8.95 puntos, mientras que en la carrera de Enfermería cuyo puntaje arrojado fue de 6.12. Esto indica que en la carrera de administración hay un consumo de alcohol de riesgo y un nivel medio de problemas derivado del consumo de alcohol, a comparación de la carrera de Enfermería donde el consumo es de bajo riesgo. El inventario CAGE para detectar conductas de riesgo, arroja que las conductas de consumo de alcohol se mantienen dentro de los límites de lo social (0-1) en ambos casos. En el inventario SISCO, ambos grupos se encuentran en un nivel medio de estrés.

Tomando en cuenta que la intención de esta investigación es la de comprobar la existencia de la relación entre los niveles de estrés (cuyo origen es específicamente de origen académico) y los del consumo de alcohol en los estudiantes se procedió a realizar el siguiente análisis de los datos arrojados en las pruebas AUDIT y CAGAE con respecto a los del inventario de estrés académico SISCO.

Se encontró una correlación de .65 estadísticamente significativa entre los inventarios AUDIT y CAGE. Dado que los datos arrojados en el inventario de estrés académico son normales (Enfermería 54.1 y Administración 67.4) no dan razón de una relación estadísticamente significativa con los puntajes obtenidos del nivel de dependencia alcohólica y conductas de riesgo de consumo de los alumnos. El coeficiente de correlación que existe entre los inventarios SISCO y AUDIT es de

0.16, lo cual significa que no hay relación alguna entre las variables. Por lo que podemos concluir que los niveles de estrés académico no influyen significativamente en el consumo de alcohol y que se debe a otros factores que no se contemplaron en este estudio.

DISCUSIÓN

La investigación ha permitido esclarecer la hipótesis, se puede concluir que los niveles de estrés académico no influyen significativamente en el consumo de alcohol y que se debe a otros factores que no se contemplaron en este estudio. Debido a esto estamos en la afanosa necesidad de seguir investigando para encontrar aquellos factores de mayor importancia que causan el consumo de alcohol en los jóvenes universitarios, así como las formas de poder aminorar dicha conducta nociva para la salud, también en relación al estrés aunque no hay índices peligrosos de este, sabemos que es necesario para toda la sociedad conocer los métodos adecuados para no encontrarse en situaciones estresantes significativas, teniendo las herramientas de resolución a estos problemas de forma adecuada.

Por tanto la tarea que tenemos como interesados en la resolución de la problemática del consumo de alcohol a nivel de riesgo, es la de hallar esos factores específicos, continuando con nuestra investigación, de la forma más teoría y sustentada posible, para siempre tener información confiable y valida; para poder así generar un cambio y un buen impacto positivo en nuestra sociedad, tanto a nivel universitario como de forma externa, ya que es sabido que esta problemática debe ser tratada a nivel estatal e inclusive nacional, para poder así crear una sociedad más consiente y más informada sobre las conductas nocivas para la salud.

Esperando en que nuestro avance a futuro sobre esta investigación acarree la atención de otros interesados en apoyar la iniciativa de conocer y cambiar la situación que vive nuestra población estudiantil en relación al factor de riesgo de alcoholismo. Pues sabemos que no solo bastara con querer generar el cambio, sino también tener los apoyos necesarios para poder llevar acabo los planteamientos, estrategias y métodos a generar que sean posibilitadores de un cambio real y tangible para la sociedad mexicana, que por tanto otorgue jóvenes consientes de un adecuado consumo de alcohol y así disminuir por tanto las muertes y las adicciones a esta sustancia.

REFERENCIAS

- Armendáriz, N. A., Alonso, M. M., Alonso, B. A., López, M. A., Rodríguez, L. A., & Méndez, M. D. (2014). La familia y el consumo de alcohol en estudiantes universitarios. *Ciencia y Enfermería*, 20(3): 109-118. doi: 10.4067/S071795532014000300010
- Barraza, M. A., Fernández, N., & Serrano, L. G. (2010). Prevalencia de consumo de alcohol en estudiantes universitarios. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 6(12). Recuperado de

<http://www.ride.org.mx/index.php/RIDE/article/view/213/952>

Lerma, A., Yañez, B. G., Sosa, M. A., Sosa, M. R., Villegas, M. A., & Vargas, J. I. (2017). Uso de facebook y su relación con el consumo de alcohol en jóvenes universitarios mexicanos. *Journal Health NPEPS*, 2(2),327-339. Recuperado de <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/2215>

Romero, L. D., Rojas D. A., & Zamora, A. (2013). Consumo de alcohol en los estudiantes de la facultad de salud de la universidad surcolombiana, 2012. *Revista Facultad de Salud*, 5(1), doi: 10.25054/rfs.v5i1.132
Comisión Nacional contra las Adicciones(CONADIC).s.f. Factores asociados al consumo de drogas. En *Prevención de las adicciones y promoción de conductas saludables para una nueva vida*. Recuperado de www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/nueva_vida/nv!e_prevención.pdf.

VKSC41.- Violencia de pareja en la comunidad de la diversidad sexual: contextualizando su abordaje

Patricia Trujano Ruiz

Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM

INTRODUCCIÓN

Si bien de unos años a la fecha la investigación sobre violencia en general y de pareja en particular han visto crecer de manera ascendente los estudios que abordan su génesis, desarrollo e intervención, cuando ocurre al interior de parejas de la comunidad LGBTTTIQ queda mucho trabajo por delante. De acuerdo a Cantera y Gomero (2007), esto obedece a una tradición marcada por una mirada de género dicotómica (hombre/mujer), y a un sesgo homofóbico y heterocentrista. Esta tendencia coloca a los miembros de la diversidad sexual en una posición sumamente vulnerable dentro de un escenario de por sí teñido por la clandestinidad producto de las actitudes discriminatorias y el silencio de sus protagonistas desde mucho tiempo atrás. Un elemento más a destacar dentro de la complejidad que de por sí entraña investigar la violencia en parejas no normativas tiene que ver con su definición. Algunos autores aseguran que no puede considerarse violencia de género (asumen que ésta incluye solo a la violencia en contra de mujeres provocada por actitudes sexistas), mientras que otros postulan que precisamente por esto último sí lo es, pues además existe un abuso de poder basado en estereotipos de género tradicionales. Quienes apoyan esta postura subrayan también la importancia de que se ubique como *violencia de género* con la finalidad de acogerse a los derechos y prerrogativas que marca la ley (Mujika, 2012). Finalmente, otros más sostienen que es mejor definirla como *violencia intragénero*.

PROBLEMA

En cualquiera de los casos, el punto de coincidencia es la invisibilidad y los insuficientes estudios sobre este tema, pues tal como ocurrió tiempo atrás con la violencia intrafamiliar, la regla sigue siendo que lo que no se ve no se nombra, si no se nombra es como si no existiera, y si no existe no se regula legalmente (Villalón, 2015), favoreciéndose así la limitación de sus derechos humanos y civiles en una amplia gama de áreas de competencia. Cabe mencionar también que la mayoría de las publicaciones parecen centrarse en las comunidades gays y lésbicas, lo cual es a todas luces importante, pero lo tiene que ser también el trabajo formal con personas bisexuales, transexuales, transgénero, travestis, asexuales, intersexuales, pansexuales, queer, etcétera, que hasta el momento han recibido escasa atención.

MÉTODO

Como parte inicial de un trabajo de investigación, la información sobre el tema que abordamos se obtiene a través de revistas especializadas, libros, tesis y centros de apoyo disponibles en Internet.

Son muchos los estereotipos que el heterocentrismo refuerza al abordar el estudio de la violencia en parejas LGBTTTIQ y que muy probablemente favorecen su poca atención. Es decir, si se concibe la violencia de pareja o de género como un fenómeno en el cual el varón es siempre el maltratador, la mujer la víctima, y el abuso se ejerce de manera unidireccional del primero sobre la segunda, el razonamiento conduce a la idea de que, en parejas homosexuales, por ejemplo, la violencia debe de ser inexistente (Rodríguez, 2013). En este sentido, algunos piensan que si la relación se da entre dos hombres o dos mujeres entonces no se presentan los juegos de poder y por lo mismo las relaciones serán siempre amorosas (Mujika, 2012). En otras palabras, si las mujeres no son capaces de ejercer violencia, entonces las relaciones entre ellas son pacíficas; o bien, si pelean será solo porque son emocionales y no pasará de una “riña entre gatas”, en donde ninguna puede ocasionar daños a otra dado que las mujeres son débiles, pequeñas y dependientes (Hassouneh & Glass, 2008). En lo que respecta a los varones, si son afeminados y dado que adoptan comportamientos y estilos propios de las mujeres, entonces serán histéricos e inofensivos. Adicionalmente, y coexistiendo con lo anterior, otro punto de inflexión lo constituyen los prejuicios que rodean las relaciones no normativas, pues muchos aun las conciben como asuntos de degenerados, enfermos, sadomasoquistas y/o anormales. Lo anterior resume estigmas y prejuicios contra las personas de la diversidad sexual, encorsetándolos en estereotipos relacionales de falta de vínculos sociales, de redes de apoyo y de abandono familiar por vergüenza o enfado, estilos sexuales promiscuos, propensos a enfermedades de transmisión sexual, etcétera, dibujando así un escenario de ausencia de reconocimiento, de apoyos sociales, jurídicos e incluso familiares (Ortega, 2014). El resultado puede conducir a menores prestaciones de servicios médicos, psicológicos y legales, un mayor y creciente aislamiento, riesgo de sufrir violencia en una sociedad heterocentrista, vulnerabilidad al “outing” (exposición pública de la orientación sexual de una persona sin su consentimiento), etcétera (Jara, 2016).

DISCUSIÓN

El tema de la violencia en las relaciones de pareja en la comunidad LGBTTTIQ reviste una serie de complejidades muy particulares en el espectro de las ciencias sociales. Una primera aproximación teórica nos ha llevado a la certeza de que desde su definición hasta los filtros de los sistemas de significados como los mitos y estigmas que lo rodean dificultan su acercamiento. A la fecha, son relativamente pocos años los que disciplinas como la psicología empiezan a abordarlo, centrándose prioritariamente en la comunidad gay y lésbica, lo que nos indica lo mucho que queda por hacer. Debemos trabajar por difundir información certera e

incluyente de toda la diversidad sexual. Debemos llamar la atención sobre la urgente necesidad de rescatar a las diferentes minorías vulnerables para que el paraguas de los derechos humanos, civiles, legales, de salud etcétera cubra de igual manera a todos los ciudadanos/as independientemente de su identidad y orientación sexual. Debemos luchar en contra de la discriminación, la ignorancia y la perpetuación de prejuicios para caminar hacia una sociedad más justa, respetuosa, diversa y armónica.

REFERENCIAS

- Cantera, L. y Gamero, V. (2007). La violencia en la pareja a la luz de los estereotipos de género. *Psychosocial Intervention*, 38(3), 125-126.
- Hassouneh, D. y Glass, N. (2008). The influence of gender-role stereotyping on women's experiences of female same-sex intimate partner violence. *Violence Against Women*, 4, 310-325.
- Jara, J. (2016). Situaciones de violencia en parejas del mismo sexo. *Derecho y Ciencias Sociales*, 14, 104-116.
- Mujika, I. (2012). *Por los buenos tratos en las relaciones lésbicas y homosexuales*. Madrid: ALDARTE
- Ortega, A. (2014). *Agresión en parejas homosexuales en España y Argentina: prevalencias y heterosexismo*. Tesis de Doctorado, Universidad Complutense de Madrid. España.
- Rodríguez, L. (2013). Desmitificación de la violencia en parejas del mismo sexo. *Revista Iberoamericana de Salud y Ciudadanía*, 2(2), 102-109.
- Villalón, L. (2015). *La violencia sobre parejas homosexuales*. Barcelona: Universidad de Barcelona

VKSC42.- Construcciones sociales en torno a las atribuciones de culpa a mujeres víctimas de violencia sexual

Patricia Trujano Ruiz

Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM

INTRODUCCIÓN

Aunque falta mucho camino por andar, la importancia y atención que merece la violencia sexual en nuestros días es cada vez mayor gracias a la difusión y al enorme esfuerzo que grupos de profesionales, asociaciones de apoyo civil y algunas iniciativas gubernamentales realizan logrando en buena medida sensibilizar a la sociedad acerca de la gravedad de los ataques sexuales y de los efectos que pueden producir en las víctimas y en sus familias. Sin embargo, prevalecen obstáculos que explican por qué muchas víctimas son renuentes a denunciar un ataque sexual, como el constante cuestionamiento de su participación: ella es quien debe demostrar que no provocó y que no disfrutó. Estamos frente a la paradoja de que la víctima, sea varón o mujer, demuestre su inocencia. En este contexto, los estudios han encontrado diversos factores que obstaculizan que rompan el silencio y acudan a denunciar, entre ellos la ignorancia sobre los derechos legales que les asisten, su edad, el temor a ser señalada(os) y culpabilizada(os), el miedo a represalias del(la) atacante, la incertidumbre respecto de las reacciones familiares (vergüenza o enojo principalmente), la protección de la propia imagen o del nombre de la familia y la desconfianza en el aparato de justicia.

Claramente, cuando abordamos procesos socioculturales tan complejos como la violencia sexual, salta a la vista la presencia de construcciones sociales en torno al fenómeno. Es decir, sistemas de creencias estereotipadas, propias de formas de pensamientos rígidos y conservadores que perpetúan mitos o percepciones tradicionales que en el tema que nos ocupa tienden a elaborar juicios atribuyendo culpa a la víctima, especialmente cuando se trata de mujeres. Las atribuciones que caracterizan estas construcciones sociales se refieren a los esfuerzos que hacen las personas por comprender las causas subyacentes a la conducta de los demás de acuerdo a sus creencias, es decir, las deducciones que realizan para explicarse qué ocasiona una situación; sin embargo, las razones que las personas construyen no siempre se ajustan a la complejidad de los acontecimientos. En este proceso se suelen inferir los rasgos, motivos e intenciones a partir de la observación del comportamiento (Valadez, González, Orozco & Montes, 2011), elaborando juicios acordes con los propios sistemas de significados.

PROBLEMA

En el escenario de la violencia sexual hacia mujeres, Bosch y Ferrer (2012), señalan que los mitos o creencias estereotipadas son generalmente falsos pero sostenidos

amplia y persistentemente. De manera que estas construcciones sociales desnaturalizan, minimizan y contribuyen a negar la existencia misma del fenómeno. Estos mitos tendrían entre sus funciones reducir el temor de la sociedad, sugerir que este problema solo les ocurre a “los demás”, minimizar su importancia, reducir el apoyo a las víctimas e impedir el desarrollo de programas asistenciales, pero también favorecen la invisibilización de la violencia, la minimización del impacto sobre la víctima y su entorno, la justificación de la o el agresor, la obstaculización del proceso de recuperación, etcétera (Peters, 2008). Y peor aún, en el ámbito de la justicia, llegan a afectar la toma de decisiones de jueces, jurados y opinión pública (Herrera, Pina, Herrera & Expósito, 2014). En otras palabras, culpabilizar a la víctima por lo ocurrido deriva en consecuencias paradójicas: dificulta su recuperación psicológica al reforzar los sentimientos de autoculpa, y exonera al (la)atacante y a la sociedad, pues siempre es posible elegir de entre la cadena de acontecimientos un ejemplo de conducta precipitatoria, de modo que si las víctimas contribuyen con su conducta al ataque, se libera la responsabilidad de las estructuras sociales, económicas y políticas, así como del agresor (Trujano, 1992).

Ideas como que las mujeres provocan su victimización con actos como salir solas, pasear de noche, usar minifalda, tener “ese” cuerpo (senos o trasero grandes), no ofrecer resistencia, conocer al agresor(a) y otros, para algunos son señales de comportamientos liberales y provocadores, y por tanto merecidos (Sordo, 2016). Resulta entonces evidente la importancia de generar mayor investigación en torno a los procesos socioculturales a través de los cuales las personas realizan juicios y atribuciones a las víctimas de violencia sexual que permitan generar acciones que informen y sensibilicen a la sociedad de manera empática y respetuosa.

MÉTODO

Objetivo: Determinar la posible influencia de variables socioculturales (mitos) relacionadas con la percepción de culpabilidad obtenido por víctimas de violación de acuerdo a los juicios que expresen los observadores.

Las variables objeto de estudio fueron:

1. Respetabilidad de la víctima
2. Su oposición o resistencia durante la violación
3. Su atractivo físico
4. El daño físico sufrido en el ataque
5. Grado de conocimiento del agresor
6. Experimentación de placer durante la violación
7. Género de la víctima
8. Su estatus marital o vida en pareja
9. Experiencias previas de ataques sexuales

Participantes: 517 estudiantes universitarios mexicanos de las Facultades de Psicología, Medicina y Derecho, con una edad promedio de 22 años, nivel socioeconómico medio y procedencia urbana. 328 fueron mujeres y 189 hombres.

Instrumentos: a) Hoja de instrucciones, b) Dos versiones (Forma A y Forma B) de cada una de las 9 historias (señaladas como variables) relatando diferentes ataques sexuales, c) Hoja de respuestas, d) Versión al castellano de la adaptación catalana (Ortet, 1990), de la Escala de Conservadurismo Social (Escala C) original de Wilson y Patterson (1968) y e) Hoja de datos de filiación.

Procedimiento: Una vez aplicados los instrumentos, mediante procedimientos estadísticos se midieron las inferencias de los sujetos sobre la Culpabilidad de las víctimas por su violación, y las respuestas de acuerdo o desacuerdo con planteamientos Liberales y Conservadores de los participantes. Se investigaron las diferencias por Sexo y por Facultad y su relación con una ideología Conservadora.

RESULTADOS

En general, los parámetros ocasionaron en cuatro de las nueve historias diferencias significativas en la culpabilización de la víctima. Se atribuyó más **Culpa** (en este orden) a las víctimas que sí experimentaron placer, a las de baja respetabilidad, a las de género femenino y a las que no opusieron resistencia.

Al comparar por Sexos la atribución de Culpa a la víctima, se encontraron diferencias significativas en 6 parámetros, observándose que los hombres culpaban más a la víctima de violación que las mujeres. Lo mismo ocurrió en la mayoría de los parámetros restantes, aunque no obtuvieron niveles de significación. Las Mujeres atribuyeron mayor Culpa a la víctima en cinco de los nueve parámetros de forma significativa: se atribuyó más Culpa a las que sí experimentaron placer, a las que sí conocían a su violador, a las de baja respetabilidad, a las de género femenino y a las que no opusieron resistencia. Los Hombres atribuyeron mayor Culpa a la víctima en tres de los nueve parámetros de forma significativa: se atribuyó más Culpa a las que sí experimentaron placer, a las de baja respetabilidad y a las que no opusieron resistencia. Mujeres y Hombres coincidieron en atribuir mayor Culpa a las víctimas de baja respetabilidad, que no se resistieron durante el ataque y que si experimentaron placer (con niveles significativos).

Al comparar por Facultades la atribución de Culpa a la víctima, se encontraron diferencias significativas en 10 de los 18 casos, y en todos ellos, los estudiantes de la Facultad de Derecho culpaban más a la víctima que los de Medicina y Psicología. Lo mismo ocurrió con los parámetros restantes, aunque no alcanzaron el nivel de significancia. Los estudiantes de Derecho atribuyeron Culpa a la víctima en tres de los nueve parámetros significativamente. Se atribuyó más Culpa a las víctimas que eran de género femenino, a las de baja respetabilidad y a las que no se resistieron. Los estudiantes de Medicina atribuyeron Culpa a la víctima en cuatro de los nueve parámetros significativamente. Se atribuyó más Culpa a las víctimas que sí experimentaron placer en el ataque, a las que sí conocían a su violador, a las de baja respetabilidad y a las que no opusieron resistencia durante la agresión. Los estudiantes de Psicología atribuyeron Culpa a la víctima en tres de los nueve parámetros significativamente. Se atribuyó mayor Culpa a las víctimas que admitieron

que la experiencia fue placentera, a las que no se resistieron y a las de baja respetabilidad. Los estudiantes de Derecho, Medicina y Psicología coincidieron en atribuir mayor Culpa a las víctimas de baja respetabilidad y a las que no opusieron resistencia durante la agresión sexual con niveles significativos.

En general los universitarios que colaboraron manifestaron actitudes situadas en la parte "progresista" de la dimensión "Conservadurismo-Progresismo". No encontramos diferencias significativas por sexos en esta escala. El análisis por Facultades reflejó que los estudiantes de Psicología obtuvieron evaluaciones que los ubicaron como los más "progresistas, mientras que los de Medicina se perfilaron como los "menos progresistas o más conservadores"; Derecho obtuvo evaluaciones intermedias.

DISCUSION

Los resultados confirmaron que las variables socioculturales manipuladas fueron relevantes al abordar los procesos de atribución de culpa a la víctima de violencia sexual, observándose la prevalencia de construcciones sociales o mitos que aun subyacen. Dichas construcciones muestran una influencia directa en nuestros juicios y se relacionan con un pensamiento conservador, llamando la atención cómo prevalecen prejuicios que tendrían que estar superados. De ellos destacamos varios ejemplos, como que cuando el observador percibe que una víctima es "poco respetable" le suele atribuir mayor culpa. Lo mismo cuando la víctima no se resiste en un ataque, aunque se mencione que quedó paralizada. Para muchos, no defenderse lleva a la idea de que no deseaba evitar la violación.

Otro hallazgo tiene que ver con la percepción de daño, pues cuando las víctimas son brutalmente golpeadas muestran una mayor "evidencia física", y no se duda de lo inevitable del ataque. Es decir, la atribución de culpa a un agresor(a) suele estar mediatizada por la seriedad del daño percibido en la víctima. También encontramos el desafortunado mito de pensar que la violencia sexual solo le ocurre a las mujeres y el atacante es siempre varón. Este estereotipo invisibiliza y silencia a muchos varones que hoy en día sufren violencia sexual por parte de mujeres y que no reciben el apoyo que merecen por considerarse que son pocos o que están mintiendo.

Finalmente, no es de extrañar entonces que se observe la correlación Conservadurismo - atribuciones de error, pues la gente con mayor aceptación de la teoría de que "cada quien tiene lo que se merece" (Teoría del Mundo Justo) obtiene también altas puntuaciones en Conservadurismo, en apoyar postulados religiosos, en manifestar conducta autoritaria y en aprobar los roles de género tradicionales, por lo que es común observar que cuando las personas muestran apego a creencias "conservadoras" manifiestan también actitudes poco solidarias con las víctimas sexuales. Coincidimos con otros autores en que una concepción sexual del delito de violación facilita la culpabilización de la víctima, mientras que el percibirlo como un acto de violencia disminuye estas atribuciones. Por lo anterior, subrayamos la importancia de profundizar en el conocimiento de las relaciones entre estos mitos y

su aceptación social, para colocarnos en la posibilidad de contrarrestarlos. Entender los efectos negativos de la violencia sexual sobre la víctima y su entorno contribuiría a su denuncia, erradicación y sensibilización, conduciéndonos a una sociedad más justa y equitativa.

REFERENCIAS

- Bosch, E. y Ferrer, V. (2012) Nuevo mapa de los mitos sobre la violencia de género en el siglo XXI. *Psicothema*, 24(4), 548-554.
- Herrera, A., Pina, A., Herrera, MC y Expósito, F. (2014). ¿Mito o realidad? Influencia de la ideología en la percepción social del acoso sexual. *Anuario de Psicología Jurídica*, 24(1), 1-7.
- Ortet, G. (1990). *Actituds de professionals envers les causes, la prevenció i el tractament de la delinqüència*. Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona, España.
- Peters, J. (2008). Measuring myths about domestic violence: Development and initial validation of the domestic violence myth acceptance scale. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 16(1), 1-21.
- Sordo, T. (2016). *Violencia sexual. ¿La culpa es de la víctima, señor juez?* Disponible en: <https://blogs.20minutos.es/mas-de-la-mitad/2016/03/15/violencia-sexual-la-culpa-es-de-la-victima-senor-juez/>
- Trujano, P. (1992). *Violación y Atribución de Culpa*. Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona, España.

VKSC43.- Taller Comunicación Emocional Asertiva

Angélica Patricia Cuevas Casillas
Universidad Nacional Autónoma de México

INTRODUCCIÓN

La educación emocional surge como una respuesta a una serie de necesidades que se dan en la sociedad actual: ansiedad, depresión, problemas de disciplina, violencia, drogadicción, trastornos de la alimentación, entre otras problemáticas (Álvarez, 2001). Investigaciones recientes sobre esta temática han demostrado cómo el analfabetismo emocional tiene efectos muy negativos sobre las personas y sobre la sociedad (Goleman, 1995).

Gardner (1983), comenta que la inteligencia intrapersonal es la capacidad de conocerse a sí mismo, de auto entenderse, de comprender y acceder a los propios sentimientos y emociones, controlarlas y enfocarlas adecuadamente, dirigiendo la propia conducta.

Mencionan Martín y Boeck (2000) que es mérito de Mayer y Salovey, el reconocer las propias emociones; saber manejar las emociones; utilizar el potencial interno como motivación y sobreponerse a las frustraciones; saber ponerse en el lugar de los demás; y crear relaciones sociales. Cuevas (2009), menciona que manejar las emociones y permanecer sólo el tiempo necesario en ellas, permitirá incrementar la calidad de vida.

El autocontrol es una capacidad básica para enfocar la vida y las relaciones con los demás y requiere la formación del sentido de lo que se hace, donde la persona, de acuerdo con su racionalidad, adquiere esta habilidad para dominar la impulsividad y consigue la máxima independencia de lo que le rodea, manifestando un equilibrio y ajuste emocional a las distintas situaciones (Escamez, 2002).

Por la importancia que representan los temas anteriores, se crea el Taller Comunicación emocional asertiva, el cual se imparte a los alumnos de la Universidad Nacional Autónoma de México, en particular a los alumnos de la Facultad de Psicología, como parte de su formación integral y con las finalidades de apoyar su desarrollo personal; incrementar su calidad de vida; manejar las emociones; auto conocerse y lograr el equilibrio.

El taller contiene ejercicios y herramientas terapéuticas con la finalidad de garantizar resultados para el bienestar del alumno. El taller no concluye con la impartición de la última sesión, sino que hay un acompañamiento posterior para los alumnos que así lo deseen, con la finalidad de consolidar el aprendizaje.

Marco teórico

Todas las emociones son importantes y tienen una razón de ser. Saber qué ventajas se tiene con la expresión de cada emoción, permitirá permanecer solamente por el tiempo necesario en esa emoción (Cuevas, 2009).

A través del Taller Comunicación emocional asertiva, se enseña a los alumnos herramientas para manejar las emociones y que al aplicarlas les permitirá aumentar su calidad de vida. Está estructurado en seis sesiones.

1. Percepción. Es importante saber, que cada ser humano, puede tener diferentes percepciones y significados de una misma cosa.

2. Seres únicos e irrepetibles. La vida ha diseñado al ser humano como único, con una huella digital, un ADN, líneas de expresión en cara, manos, pies únicos, por lo tanto, hay tantas maneras de interpretar algo como darle una solución a las problemáticas que se presenten. Conocerse y valorarse así mismo permitirá aceptarse con sus cualidades y defectos.

3. Contexto completo. Ver una situación, en la medida de lo posible en sus 360 grados, permitirá tener una versión más completa y real. En general el ser humano observa, analiza, juzga y comenta desde el punto donde está situado.

4. Dualidad. Los seres humanos experimentamos diversas emociones, pero en general las que son aceptadas y expresadas son aquellas a las que llamamos "positivas". Conocer y expresar las emociones "negativas" permitirá el manejo adecuado de todas, sin excepción alguna.

5. Lo bueno de lo malo. Dentro de las situaciones que llamamos "adversas", si vemos todo el contexto dejan enseñanzas, aprendizajes que permiten fortalecer al ser que las experimenta.

6. Manejo de las emociones. Con las sesiones anteriores, se aterriza con dinámicas para hacer frente a las situaciones.

El taller incluye estrategias terapéuticas como metáforas y sesiones terapéuticas grupales.

PROBLEMA

No manejar las emociones como la ira, el miedo, el estrés, la depresión, entre otras tienen un efecto directo sobre la salud (Perea, 2002).

Los alumnos con poco autoconocimiento y auto concepto mantienen poco rendimiento, logros y aprendizaje (Fierro, 1991)

Las personas con un auto concepto negativo son dependientes, se aíslan y les cuesta tomar decisiones (Tranche, 1995).

Método

La versión final del taller es producto de una investigación mixta, por un lado, es una investigación cualitativa, con un enfoque fenomenológico y hermenéutico, porque aporporto información y resultados de varios grupos de trabajo con alumnos,

con los cuales se piloteó el taller, con duración de 20 horas, estructurado en seis sesiones teóricas y prácticas, además de incorporar herramientas terapéuticas grupales como metáforas, cuentos, imaginación, respiración, entre otras, así como herramientas terapéuticas individuales, solamente en los casos necesarios cuando el participante presentaba alguna problemática en particular.

Se utilizaron los testimonios de vivencias de los alumnos y alumnas participantes, además de la observación y la narrativa para describir sus testimonios.

Por otro lado, se realizó una investigación cuantitativa de corte descriptivo, con la aplicación de un cuestionario diagnóstico Manejo de las emociones con 15 reactivos tipo Likert con cinco opciones de respuesta que van de siempre a nunca; cuatro reactivos con opciones de respuesta sí, no, a veces; los demás reactivos con variadas opciones de respuesta; y un reactivo abierto; además con la aplicación de un cuestionario de evaluación, también tipo Likert, para conocer la calidad de los contenidos, el conocimiento de la instructora y aspectos didácticos.

La población objeto de estudio estuvo constituida por 200 alumnos. No hubo restricción en la edad, género, estado civil.

RESULTADOS

Con el análisis de los resultados del cuestionario diagnóstico Manejo de las emociones, el cual se aplica en la primera sesión del taller, dentro del rubro de datos generales, el 58 por ciento son del género femenino; el rango de la edad osciló entre los 18 y 65 años; el 57 por ciento son solteros, mientras que el 31 por ciento son casados, seguido del siete por ciento que son divorciados y el resto entre viuda/viudo y unión libre.

El análisis de los 22 reactivos, arrojaron los siguientes resultados:

1. ¿Con qué frecuencia tienes malos entendidos con las demás personas?
El 14 por ciento de los universitarios mencionaron que usualmente tienen malos entendidos con los demás; mientras que el 39, comentó que medianamente; y el 46, escasamente.
2. ¿Cuando tienes malos entendidos con las demás personas, con qué frecuencia te comunicas con esas personas para aclarar los malos entendidos?
Solamente el 12 por ciento siempre se comunican para aclarar los malos entendidos; mientras que el 33, lo hacen usualmente; el 30, medianamente, el 20, escasamente y el cuatro, nunca.
3. ¿Con qué frecuencia te entiendes a ti mismo, a ti misma?
El nueve por ciento se entiende siempre; el 48, usualmente; el 30 medianamente; y el 13, escasamente.
4. ¿Estás a gusto con ser tú misma, tú mismo?

Solamente el 23 por ciento, comentó que siempre; el 47, usualmente; el 24, medianamente; y el 6, escasamente.

5. ¿En qué medida te gustaría tener cualidades que otras personas tienen?

El seis por ciento, comentó que siempre; el 17, usualmente; el 30, medianamente; el 43, escasamente; y el cuatro, nunca.

6. ¿Con qué frecuencia te comparas con otras personas?

El cuatro por ciento, comentó que siempre; el 15, usualmente; el 26, medianamente; el 40, escasamente; y el 15, nunca.

7. ¿En qué medida replicas lo que te comentan otras personas sin corroborar la información?

El siete por ciento, comentó que siempre; el 21, usualmente; el 36, medianamente; el 34, escasamente; y el dos, nunca.

8. ¿En qué medida crees lo que escuchas sin corroborar la información?

El dos por ciento, comentó que siempre; el 19, usualmente; el 47, medianamente; el 31, escasamente; y el uno, nunca.

9. ¿En qué medida crees lo que ves?

El 10 por ciento, comentó que siempre; el 42, usualmente; el 40, medianamente; y el 8, escasamente.

10. ¿En qué medida crees lo que lees?

El dos por ciento, comentó que siempre; el 40, usualmente; el 54, medianamente; y el cuatro, escasamente.

11. ¿En qué medida crees que tienes calidad de vida?

El 18 por ciento, comentó que siempre; el 47, usualmente; el 29, medianamente; y el seis, escasamente.

12. ¿En qué medida te consideras una persona sana físicamente?

El 23 por ciento, comentó que siempre; el 46, usualmente; el 26, medianamente; el cuatro, escasamente; y el uno, nunca.

13. ¿Si vives con otra (s) persona (s), en qué medida la (s) consideras sana (s)?

El 11 por ciento, comentó que siempre; el 36, usualmente; el 41, medianamente; y el 12, escasamente.

14. ¿En qué medida respetas los derechos de las demás personas?

El 23 por ciento, comentó que siempre; el 61, usualmente; el 14, medianamente; y el dos, escasamente.

15. ¿Cuando alguien viola tus derechos, en qué medida te defiendes?

El 24 por ciento, comentó que siempre; el 38, usualmente; el 27, medianamente; y el 11, escasamente.

16. ¿Crees que hay emociones buenas y malas?

El 49 por ciento, comentó que sí; el 41, no; y el 10, no sabe.

17. ¿Consideras que manejas tus emociones?

El 20 por ciento mencionó que sí; el 74, solamente a veces; y el seis, no.

18. ¿Los comentarios “negativos” o “positivos” hacia tu persona cambia tu estado de ánimo?

El 33 por ciento mencionó que sí, el 15, no; y el 52, a veces.

19. ¿Crees que cada vez la situación en el mundo está mejor?

El cinco por ciento mencionó que sí, el 52, no; y el 43, a veces.

20. Si es que cambia tu estado de ánimo los comentarios hacia tu persona, ¿Cuánto tiempo duras con esa emoción que aparece?

El 33 por ciento, mencionó que minutos; el 43, horas; el 23, días; y el uno, toda la vida.

21. ¿Con quién de estas figuras se te facilita expresar tus emociones (¿familia, amigos, compañeros de la escuela)?

El 12 por ciento comentó que exclusivamente con la familia; el 24, con la familia y amigos; y el 21, con los amigos.

22. ¿Escribe las emociones que se te facilita expresar?

El 47 por ciento mencionó la tristeza; el 67, el enojo; y el 86, la alegría.

La encuesta aplicada para evaluar el taller, el 95 por ciento mencionó haber adquirido y aplicado, desde la primera sesión, herramientas que les han facilitado el manejo de las emociones, además lo sustentan los testimonios de los participantes.

CONCLUSIONES

De acuerdo con el planteamiento de problemas, más los resultados del cuestionario diagnóstico, es necesario seguir impartiendo el taller Comunicación emocional asertiva y continuar apoyando a los alumnos en fortalecer áreas en donde hay focos de alerta de acuerdo con los resultados individuales.

Realizar un diagnóstico, posterior al taller, para analizar cambios en los participantes.

Implicar a las autoridades institucionales para dar impulso a programas de apoyo en el desarrollo humano como parte de la formación integral de los alumnos.

La expresión de las emociones “buenas” se facilita, porque culturalmente se ha enseñado y se ha aprendido a hacer evidente las emociones “buenas” que va aunado a las creencias limitantes “El que se enoja pierde”; “Los hombres no lloran”; “Llorar es de cobardes”.

En trabajo terapéutico de manera individual y grupal que se emplea en la impartición del taller, permite a los universitarios consolidar bases para aumentar su calidad de vida; solucionar problemas desde el origen; reorientar aprendizajes significativos y únicos para cada integrante, por lo que hace especial este taller.

REFERENCIAS

- Álvarez, M. (2001). Diseño y Evaluación de Programas de Educación Emocional. Barcelona: Cisspraxis
- Cuevas, A. (2009). Secretos para controlar el estrés. México: Panorama.
- Escamez, J. (2002). Valores, actitudes y habilidades en la educación para la salud. Educación XXI, no. 4

- Fierro, A. (1991). Psicología de la educación. Madrid: Alianza
- Gardner, H. (1983). Inteligencias múltiples. La teoría en la práctica. Barcelona: Paidós.
- Goleman, D. (1995). Inteligencia Emocional. Barcelona: Paidós.
- Martin, D. y Boeck, K. (2000) Qué es la inteligencia emocional. Madrid: Edaf
- Tranche, J. (1995). The structure of human abilities. New York: Wiley
<http://revistas.uned.es/index.php/educacionXX1/article/view/361/314>
- Dueñas Buey, María Luisa, Importancia de la inteligencia emocional: un nuevo reto para la orientación educativa. Educación XX1 [en línea] 2002, [Fecha de consulta: 28 de agosto de 2018] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70600505>>,ISSN 1139-613X

3^{er} CONGRESO INTERNACIONAL DE PSICOLOGÍA

12 al 15 de FEBRERO 2019

*“La Psicología ante los desafíos de construir vertientes
para el mejoramiento de la sociedad”*

Dr. Vicente Jesús Hernández Abad

Director

Dra. Mirna García Méndez

Secretaría General

Dr. José Luis Alfredo Mora Guevara

Secretaría de Desarrollo Académico

CD. Yolanda Lucina Gómez Gutiérrez

Secretaría de Desarrollo Estudiantil

Dra. María Susana González Velázquez

División de Planeación y Desarrollo Académico

Mtro. Jorge Enrique Carbajal López

Secretario Administrativo

Dra. Rosalva Rangel Corona

División de Vinculación

Dra. Ma. de la Luz Martínez Maldonado

Jefa de la División de Estudios Profesionales Campus III

Lic. Carlos Padilla Tello

Jefe de la Unidad Jurídica

CARRERA DE PSICOLOGÍA

Dra. Gabriela Carolina Valencia Chávez

Jefa de la Carrera de Psicología

Lic. Eduardo A. Contreras Ramírez

Secretario Técnico

Mtra. Julieta Becerra Castellanos

Coordinadora Área I Etapa de Formación Básica

Mtra. Gloria M. Moreno Baena

Coordinadora del Área II Psicología Educativa

Mtra. Guillermina Netzahuatl Salto

Coordinadora del Área III Psicología Clínica y de la Salud

Mtra. Alejandra Luna García

Coordinadora Área IV Psicología Social

Dra. Fabiola Itzel Villa George

Apoyo Área V Psicología del Trabajo y las Organizaciones



Facultad de Estudios Superiores Zaragoza,
Campus I. Av. Guelatao No. 66 Col. Ejército de Oriente,
Campus II. Batalla 5 de Mayo s/n Esq. Fuerte de Loreto. Col. Ejército de Oriente.
Iztapalapa, C.P. 09230 México D.F.
Campus III. Ex fábrica de San Manuel s/n, Col. San Manuel entre Corregidora y
Camino a Zautla, San Miguel Contla, Santa Cruz Tlaxcala.

<http://www.zaragoza.unam.mx>