

REVISTA DE
PSICOLOGÍA
DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
Nueva época 2
VOLUMEN 1, NÚMERO 2, JULIO - DICIEMBRE, 2012

ISSN: 2007-7149



Universidad Autónoma
del Estado de México

Facultad de
Ciencias de la Conducta

ESTILOS DE IDENTIDAD

Waterfall M.C., Escher



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MÉXICO**

DR. EN C. EDUARDO GASCA PUEGO
RECTOR

M.A.S.S. FELIPE GONZÁLEZ SOLANO
SECRETARIO DE DOCENCIA

DR. SERGIO FRANCO MAASS
SECRETARIO DE INVESTIGACION Y
ESTUDIOS AVANZADOS

DR. EN C. POL. MANUEL HERNÁNDEZ LUNA
SECRETARIO DE RECTORIA

DRA. GEORGINA MARÍA ARREDONDO AYALA
SECRETARIA DE DIFUSION CULTURAL

M. EN A. ED. YOLANDA E. BALLESTEROS SENTÍES
SECRETARIA DE EXTENSION Y VINCULACION

DR. EN C. JAIME NICOLÁS JARAMILLO PANIAGUA
SECRETARIO DE ADMINISTRACIÓN

DR. EN ING. ROBERTO FRANCO FLATA
SECRETARIO DE PLANEACION Y
DESARROLLO INSTITUCIONAL

DR. EN D. HIRAM RAÚL PIÑA LIBIEN
ABOGADO GENERAL

LIC. EN COM. JUAN FORTILLA ESTRADA
DIRECTOR GENERAL DE
COMUNICACIÓN UNIVERSITARIA

C.P. IGNACIO GUTIÉRREZ PADILLA
CONTRALOR UNIVERSITARIO

PROFR. INOCENTE PEÑALOZA GARCÍA
CRONISTA

**FACULTAD DE CIENCIAS
DE LA CONDUCTA**

M. EN P.E.E.S. JAVIER MARGARITO SERRANO GARCÍA
DIRECTOR

M. EN C.S. JUAN CARLOS FABELA ARRIAGA
SUBDIRECTOR ACADÉMICO

LIC. EN PSIC. MARÍA TERESA GARCÍA BODEA
SUBDIRECTORA ADMINISTRATIVA

DRA. EN L. PSIC. ADELAIDA ROJAS GARCÍA
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE
PLANEACIÓN Y EVALUACIÓN

M. EN P.C. GABRIELA HERNÁNDEZ VERGARA
COORDINADORA DE POSGRADO

DRA. EN C.S. LEONOR GUADALUPE
DELGADILLO GUZMÁN
COORDINADORA DE INVESTIGACIÓN

M. EN D. ANGÉLICA GARCÍA MARBELLA
COORDINADORA DE DIFUSIÓN CULTURAL

M. EN E.S. LAURO SANTIAGO VELÁZQUEZ OYANDO
COORDINADOR DE EXTENSIÓN Y VINCULACIÓN

D. MANUEL GUTIÉRREZ ROMERO
COORDINADORA DEL CENTRO DE ESTUDIOS
Y SERVICIOS PSICOLÓGICOS INTEGRALES

LIC. EN PSIC. ALEJANDRO GUTIÉRREZ CEDERÑO
COORDINADOR DE LA LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

LIC. EN Q. ARTEMIO SÁNCHEZ CABRERA
COORDINADOR DE LA LICENCIATURA EN EDUCACIÓN

D. EN C.S. ERIKA ROBLES ESTRADA
COORDINADORA DE LA LICENCIATURA EN
TRABAJO SOCIAL

MTRA. MARIA DE LOS ÁNGELES ARAUJO GONZÁLEZ
COORDINADORA DE LA LICENCIATURA EN
CULTURA FÍSICA Y DEPORTE

M. EN P.E.E.S. ALFREDO DÍAZ Y SERNA
CRONISTA

REVISTA DE PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO, Nueva Época 2, Vol. 1, No. 2, julio - diciembre 2012, es una publicación semestral editada por la Universidad Autónoma del Estado de México a través de la Facultad de Ciencias de la Conducta, Av. Filiberto Gómez s/n, Col. Guadalupe, Toluca, Estado de México, C. P. 50010, tel. 01722 270076, www.facico-uaemex.mx/publicaciones-html, revista_psicologia@uaemex.mx, virsed@prodigy.net.mx. Editor responsable: José Antonio Vírveda Heras. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2012-121911551400-203, ISSN: en trámite, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Responsable de la última actualización de este Número, Unidad de Informática de la Facultad de Ciencias de la Conducta, Lic. Bethel Mejía Guerrero, Av. Filiberto Gómez s/n, Col. Guadalupe, Toluca, Estado de México, C. P. 50010, fecha de última modificación, 15 de abril del 2013

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación

Se permite la reproducción total o parcial de los contenidos citando la fuente.

ÍNDICE

EDITORIAL	4
PATRONES DE CONSTRUCCIÓN DE SÍ MISMO EN PERSONAS CON Y SIN CONTROL METABÓLICO CON DIABETES MELLITUS 2	6
Patricia Balcázar Nava, Gloria Margarita Gurrola Peña, Guillem Feixas Viaplana*, Alejandra Moysén Chimal, Juana María Esteban Valdés, Julieta Concepción Garay López, Raúl Percastre Miranda	
ESTILOS DE AFRONTAMIENTO EN ADOLESCENTES DE LA UAEMEX CON COSUMIDORES Y NO COSUMIDORES DE ALCOHOL	22
Juana María de la Luz Esteban Valdés, Raúl Percastre Miranda, Alejandra Moysén Chimal, Gloria Margarita Gurrola Peña, Julieta Concepción Garay y López, Patricia Balcázar Nava	
LA CONSTRUCCIÓN DEL SÍ MISMO EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE DISTIMIA	37
Gloria Margarita Gurrola Peña, Patricia Balcázar Nava, Alejandra Moysén Chimal, Julieta Garay López, Juana Ma. Esteban Valdés	
ACONTECIMIENTOS PRODUCTORES DE ESTRÉS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS	46
Julieta Garay López, Alejandra Moysén Chimal, Juana María Esteban Valdés, Patricia Balcázar Nava y Gloria Margarita Gurrola Peña.	
SUCESOS DE VIDA ESTRESANTES Y CONSUMO DE ALCOHOL EN UNIVERSITARIOS	58
Moysén Chimal Alejandra, Gurrola Peña Gloria Margarita, Esteban Valdés, Juana Ma. De la Luz, Balcázar Nava Patricia, Garay López Julieta Concepción	
ARTÍCULO ESPECIAL	
EFFECTOS DE LA RETROALIMENTACIÓN ESTRUCTURAL FAMILIAR Y DEL EQUILIBIO ENERGÉTICO EN ADOLESCENTES DIAGNOSTICADOS CON TDA	69
Jaime Montalvo Reyna, Blanca Valencia López, Angélica Pérez Arredondo, María Rosario Espinosa Salcido	

COLABORADORES	88
RESEÑAS	93
CRITERIOS EDITORIALES	101
EQUIPO EDITORIAL	111

EDITORIAL

“Caminante no hay camino se hace camino al andar” recordando esta frase de A. Machado terminamos el número 2. Aunque ya anteriormente había dirigido una Revista, siento que debo aprender muchas cosas para llevar la Revista a un grado de calidad que merecen las contribuciones de los autores y las exigencias de los lectores. En este proceso de aprendizaje continuo me encuentro con la esperanza de lograrlo. Pues en las transiciones echa uno de menos el tener mapas o recetas para llegar al destino con mayor seguridad y celeridad. La aventura de dejar el mundo de la certidumbre y adentrarse en el desconocido implica un riesgo difícil de asumir.

La investigación se está convirtiendo en una de las principales actividades de la Psicología académica, lo cual responde a la demanda de la época y a un viejo ideal universitario que profundiza el compromiso de la intelectualidad con la sociedad a la que pertenece. El desarrollo de la Psicología se expresa además en la existencia de gremios de profesionistas denominados Cuerpos Académicos que dan cuenta de la actividad investigativa y las reflexiones con que los psicólogos contribuyen al desarrollo de la Psicología como ciencia y al cumplimiento de su función social en el país.

Actualmente, las publicaciones científicas como lo es La Revista de Psicología se constituyen como un elemento fundamental e imperativo de los campos académicos conceptuales y aplicados para poner a disposición del público los hallazgos obtenidos, ya no como grandes tratados, sino como aportes inmediatos de sus trabajos en curso o recientemente terminados.

En este sentido, el cuerpo académico Clínica y Familia en este número, pone a disposición de la comunidad los resultados obtenidos mediante sus líneas de generación del conocimiento Psicología Clínica y Salud, y Familia y Sociedad.

En primer lugar, bajo un paradigma clínico-constructivista, la Dra. Balcázar presenta resultados que dan cuenta de la subjetividad de las personas con diabetes, visión de la que carece el modelo médico tradicional pero que resulta de vital importancia para el cumplimiento o adherencia al tratamiento. En segundo lugar, la Mtra. Esteban aborda una problemática que va creciendo día a día de una manera alarmante en la población joven de nuestro país, mostrándonos cómo los adolescentes utilizan el consumo de alcohol para afrontar situaciones estresantes en sus vidas.

Posteriormente, la Dra. Gurrola utilizando la técnica de la rejilla interpersonal explora los patrones de construcción del sí mismo de mujeres con distimia, encontrando un patrón no reportado en la literatura y por lo tanto poco abordado en el proceso terapéutico. Por su parte, la Dra. Garay en el ámbito de la psicología de la salud

ersonas que padecen cáncer y que se encuentran bajo diferentes tipos de tratamiento. Por último, la Dra. Moysén precisa los sucesos vitales que afronta la población universitaria mexicana y que convertidos en factores de riesgo marcan la diferencia en el consumo de alcohol como forma de afrontamiento.

Con el presente número, nuestro cuerpo académico muestra el compromiso de contribuir en esta etapa de construcción de una revista de calidad, con sentido crítico y responsabilidad social, que busca que la Psicología alcance los nuevos logros que merecen nuestra comunidad y la sociedad en general.

En el artículo sobre “Efectos de la retroalimentación estructural familiar y del equilibrio energético...” se hace un análisis de la estructura familiar y los índices de bienestar en 15 familias con un hijo adolescente diagnosticado con TDA, se realiza una estrategia de intervención con dos herramientas, la Retroalimentación estructural familiar (REF) y el sistema LIFE, un dispositivo electrofisiológico que escanea y balancea el equilibrio de energía corporal.

Después de la intervención, los resultados muestran algunos cambios interesantes: decremento en puntajes de ADHDT, reducción de la disfuncionalidad y aumento de los índices de bienestar escolar y de pareja, que pueden indicar posibles vías para el tratamiento del TDA.

Dra. Gloria Margarita Gurrola Peña
Líder del Cuerpo Académico Clínica y Familia
Editora invitada

Dr. José Antonio Vírseda Heras
Editor General

PATRONES DE CONSTRUCCIÓN DE SÍ MISMO EN PERSONAS CON Y SIN CONTROL METABÓLICO CON DIABETES MELLITUS 2

*Patterns of self-construction in people with and without
metabolic control with diabetes mellitus 2*

Patricia Balcázar Nava, Gloria Margarita Gurrola Peña, Guillem Feixas Viaplana,
Alejandra Moysén Chimal, Juana María Esteban Valdés, Julieta Concepción Garay
López, Raúl Percastre Miranda*

*Universidad Autónoma del Estado de México, México
(*) Universidad de Barcelona, España*

RESUMEN

Este estudio explora la estructura cognitiva, entendida ésta como el sistema de constructos, en pacientes con Diabetes Mellitus 2 (DM2).

Estudios previos indican que en el sistema de constructos en personas con desórdenes como el Síndrome de Colon Irritable o Desórdenes Alimenticios, hay una mayor distancia en la construcción de Sí Mismo, del Ideal y de los Otros. Adicionalmente, la adherencia al tratamiento está afectada por el aspecto personal y por las relaciones con los otros. En este estudio se exploró el Sí Mismo, el Ideal y los Otros, como indicadores de este sistema de construcción, usando la Técnica Rejilla de Constructos Personales (TRCP) en dos grupos con DM2, el primero de ellos sin adherencia al tratamiento y el segundo grupo, con adherencia al tratamiento. Los resultados indican índices de correlación entre el Sí Mismo, Yo Ideal y Otros que son diferentes en cada grupo y que podrían ayudar en la explicación de su adherencia o no al tratamiento y se concluye que la TRCP es un sistema de evaluación que arroja información útil para la interpretación del mundo de la persona con un padecimiento crónico.

Palabras Clave: Diabetes Mellitus 2, Construcción Personal, Sí Mismo, Auto-estima, Sí-Mismo, Técnica Rejilla de Constructos Personales.

ABSTRACT

This study explores the cognitive structures, understood as construct systems, in patients suffering from Diabetes Mellitus 2 (DM2). Previous studies indicated that in the construction systems in people with disorders such as Irritable Bowel Syndrome or in Eating Disorders, there is a higher distance between their construction of Self, the Ideal and the Others construction. Additionally, adherence to treatment is affected by personal variables and other-relationships. This study explored Self, Ideal and Others, as indicators of this building system using the Repertory Grid Technique (RGT), in two groups with DM2, the first group without adherence to treatment and the second group with adherence to treatment. Results show correlation coefficients between Self, Ideal and Other, which are different in each group, and that may help in explaining adherence to treatment or not, and it is concluded that the RGT is an evaluation system which gives useful information for interpreting the personal world in people with chronic illness.

Key words: Diabetes Mellitus 2, Personal Construction, Self, Self-Esteem, Repertory Grid Technique.

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus (DM) es una alteración debida a una deficiencia en la secreción y/o acción de la insulina, que condiciona la elevación de la concentración de glucosa en la sangre y una propensión a desarrollar complicaciones vasculares y neuropatías (Rodríguez, 2002). Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, citado en la Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar, SEMF, 2009), se le define a la DM como:...un grupo de desórdenes caracterizado por hiperglucemia..., es un desorden metabólico de origen múltiple caracterizado por hiperglucemia crónica con cambios en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y las proteínas, resultado de un defecto de la secreción y/o la acción de la insulina, que contribuye al desarrollo de complicaciones macrovasculares, microvasculares y neuropatías... (p. 1).

Datos de la OMS (2011) indican que en el 2006, la DM era la tercera causa de muerte en el mundo, antecedida por las enfermedades isquémicas del corazón y por las enfermedades cerebro vasculares, datos que se mantienen hasta el último reporte del 2009. Por su parte, González-Domínguez, Aracena-Genao, Montañez-Hernández, Serván-Mori y Rivera-Peña (2006) indican que las cifras de la DM se duplicarán hasta superar los 336 millones de personas con la enfermedad para el año 2030, que aumentará la prevalencia en un 42% y que se concentrarán 25% de los casos de personas adultas en América Latina y el Caribe, siendo México (Díaz-Mejía, 2006) el país con mayor incidencia.

Además de los efectos directos sobre diferentes órganos y sistemas, la DM produce en el paciente una serie de desajustes psicológicos, entre los que se ha encontrado (Khamseh, Baradaran, Javanbakht, Mirghorbani, Yadollahi & Malek, 2011), que hay

una fuerte asociación entre la DM con la depresión y ansiedad, pues la calidad de vida en los pacientes con desórdenes crónicos se ve afectada, al verse comprometidos aspectos fundamentales como lo es la capacidad laboral, las relaciones personales y familiares (Díaz-Mejía, 2006) y a que se requieren importantes cambios en los hábitos cotidianos, adquisición de habilidades y conocimientos específicos (Granados y Escalante, 2010), que representan altas demandas para el enfermo y están estrechamente relacionadas con el logro de la adherencia al tratamiento.

La DM se traduce en una serie de costes económicos del tratamiento y complicaciones que tanto el enfermo, su familia y los sistemas médicos deben asumir; la DM implica también un problema de salud mental y un alto costo moral, emocional y familiar que impacta negativamente la calidad de vida de las personas que la sufren y podría significar un cambio en la estructura personal en el momento en que a la persona se le hace el diagnóstico y tiene que asumirse ahora con una nueva categoría, la de enfermo.

Por otra parte, la Teoría de los Constructos Personales (TCP) intenta comprender cómo la gente aprecia el mundo; en palabras de Kelly (citado en Kirchner, Torres y Forns, 1998), comparte puntos en común con el movimiento humanista y con el fenomenológico, por el énfasis en el ser humano con ente con recursos propios y potencialmente capaz de dirigir su vida y gobernar sus instintos.

Para Kelly (Feixas y Villegas, 1996), un constructo es un contraste básico entre dos grupos que lo hacen a su vez diferentes con un tercero; cuando se aplica, sirve para distinguir entre elementos y agruparlos. “Los constructos personales son interpretaciones o deducciones que efectúan las personas sobre el mundo y la vida, para prever y explicar acontecimientos” (Kirchner et al., 1998, p. 190). Desde el postulado fundamental de Kelly, los procesos de la persona se canalizan psicológicamente a medida que anticipan eventos tal y como se organizaría en un proceso científico, desde la hipótesis al experimento u observación, desde la anticipación a la experiencia o comportamiento; así, se va conformando una especie de red individual de construcciones a la que denomina sistema de constructos personales (Kirchner et al., 1998).

Anteriormente se indicó que el sistema de constructos es la base de la teoría de Kelly y para este autor, el sistema de constructos es la unidad de análisis de la evaluación, ya que la persona elabora un sistema de constructos para interpretar la realidad. La construcción del mundo que la persona realiza se hace con base en ejes de dos polos, uno de semejanza y otro de contraste y para su evaluación, el experto analizará la cantidad y la calidad de estos constructos, su flexibilidad, su foco y su rango de conveniencia, así como el nivel de jerarquía que se establece entre ellos; dicho de otra forma, las peculiaridades y matizaciones que cada persona confía a los polos dicotómicos de sus constructos personales (Kirchner et al., 1998).

Los constructos y su organización, se ven aterrizados u operacionalizados en una serie de técnicas como la denominada por Kelly como Test de Repertorios de Constructos de Roles (REP; Kirchner et al., 1998), que es un traje de evaluación hecho a medida y que

tras reformulaciones se utiliza ahora la Técnica de Rejilla o Repertory Gried Technique (RGT), que permite conocer los constructos personales y a través de ellos, evaluar la estructura y contenido del significación con el que las personas se relacionan, permite evaluar los aspectos cognitivos y relacionales desde la propia construcción de la persona (Lucero, Feixas y Saúl, 2003). En la actualidad, el trabajo más consistente es el desarrollado por Feixas y Cornejo (1992; citado en Kirchner et al., 1998), que permite obtener datos cuantitativos y cualitativos que interesan al investigador y que puede adaptarse a diferentes contextos y propósitos.

En la TCP, uno de los conceptos fundamentales es el Sí Mismo, que para Gurrola-Peña (2003), es un proceso que brinda estructura a la personalidad y que cuando se desarrolla, implica el cómo se siente la persona respecto al mundo al que pertenece y a la normatividad con quienes lo integran. Para Feixas y Cornejo (1996), los seres humanos logran la construcción del sí mismo efectuando una serie de diferenciaciones que crean un perfil general en la construcción que se hace de sí mismo, indicado este perfil a continuación (Gurrola-Peña, 2003):

1. Diferenciación entre el YO y el YO IDEAL: Esta diferencia es considerada una medida de la autoestima, ya que refleja la distancia que existe entre lo que la persona es y lo que le gustaría ser, lo que indica que a mayor distancia entre uno y otro menor autoestima y viceversa.

2. Diferenciación entre el YO y LOS OTROS: La construcción del sí mismo está estrechamente relacionada con la construcción de los otros, ya que el procesamiento de la información implica cierto grado de autocomparación.

La manera como la enfermedad puede afectar a la conceptualización de uno mismo y cómo el Sí Mismo puede estar relacionado con el cuidado o no de la patología, en este estudio se planteó como la idea de base para indagar cómo son las relaciones en los patrones generales de construcción del Sí Mismo entre dos muestras de personas adultas con DM2, con y sin adherencia terapéutica, a través del uso de la Técnica Rejilla de Constructos Personales.

MÉTODO

Tipo de Estudio

Se realizó un estudio post factode tipo confirmatorio con un diseño de dos grupos y una sola medición ya que hay una imposibilidad de manipular variables (Montero y León, 2007)

PARTICIPANTES

Se utilizó un muestreo no probabilístico de tipo intencional, de personas con DM2, 29.2% hombres y 70.8% mujeres. El rango de edad fue de entre 31 y 84 años, con diferente estado civil (soltero, casado o viudo). El tiempo con DM2 expresado en años

fue entre uno y 36 años con el padecimiento. En cuanto a la escolaridad, un 32.3% no tenían escolaridad, 47.7% tenían primaria terminada y el 20% restante se situó en el rango de secundaria a licenciatura o más. Un 69.2% de los participantes contaba con servicio médico al momento de la investigación (IMSS, ISSEMyM, ISSSTE, Seguro Popular o seguro de gastos médicos) y el 30.8% restante indicó que no tenía servicio médico. La asignación a alguno de los subgrupos se hizo con base en el resultado de la valoración de la hemoglobina glicosilada en sangre (HbA1c, Pérez-Pastén, 2006), que es un indicador de buen o mal control del tratamiento y que se obtuvo por toma de muestra de sangre a cada participante. El primer subgrupo quedó integrado por 17 personas con adherencia al tratamiento y el de personas sin adherencia estuvo compuesto por 32 participantes.

TÉCNICA

En esta investigación se utilizó la Técnica Rejilla de Constructos Personales (TRCP), que tiene su origen en la TCP de Kelly, quien la diseñó inicialmente para el estudio de las relaciones interpersonales y que ha sido perfeccionada en su aplicación y calificación por Feixas y Cornejo (1996). Padilla-Carmona (2001) indica que constituye una forma de ponerse en la piel de otras personas, ver sus mundos tal y como ellas los perciben, comprender su situación, sus preocupaciones e intereses. Su proceso consta de cuatro pasos fundamentales (Fernández-Ballesteros, 1992, citado en Padilla-Carmona, 2001):

1. Elección de los elementos a utilizar: Se hace referencia a personas, situaciones o eventos, objetos físicos, preferencias, actitudes, etc., siempre y cuando éstos sean susceptibles de conceptualización a través de constructos y que generalmente son roles, que serán colocados en las columnas (Gurrola-Peña, 2003). Roles fijos son el Yo Actual y el Yo Ideal. Los elementos se determinaron con base en la exploración de figuras importantes para personas con DM a quienes se entrevistó en grupo focal (Balcázar, Gurrola, Feixas, Vírseda, Santos y Garay, 2012); los elementos fueron: yo ahora, yo antes de la diabetes, yo dentro de 6 meses, madre, padre, pareja, hijo (a), doctor (a) que atiende mi diabetes, persona que me agrada, persona que me desagrada (persona non grata), persona significativa, persona ideal y se dejaron dos espacios en blanco por si el entrevistado quería agregar algún otro elemento que considerara de importancia y que no había sido incluido en la rejilla.
2. Establecimiento de los constructos relevantes para los elementos: Una vez seleccionados los elementos, comienza el proceso de selección y definición de los constructos personales, que son etiquetas que permiten definir a los elementos que se preguntarán al entrevistado. El proceso de su elicitación

se da de diferentes formas, basado en la presentación de tríadas (Kelly, 1965; citado por Padilla-Carmona, 2001) o de díadas (Botella y Feixas, 1998, citado por Gurrola-Peña, 2003). Los constructos han de ser bipolares y en coherencia con lo que se quiera estudiar, por lo que con base en el conocimiento sobre personas con DM2 a través de un grupo focal, los constructos que se integraron a la TRCP fueron: enfermo-sano, triste-feliz, satisfecho-insatisfecho, valiente-miedoso, dependiente-independiente, preocupado-relajado, cansado-descansado, sociable-retraído, apoyado-sin apoyo, irritable-tranquilo, fuerte-débil, solo-acompañado, valioso-insignificante, aceptado-rechazado, desordenado-ordenado, con dolor-sin dolor, achacoso-sin achaques, por ser constructos que constantemente se repitieron en el discurso de los pacientes durante el grupo focal y que se aparearon por similitud para construir los constructos bipolares o al tener sólo uno de ellos, el investigador elicó un constructo que completara la díada.

3. Representación de los datos: Dados los elementos y los constructos, se conforma una matriz de datos, una tabla de doble entrada en la que los elementos constituyen las columnas y los constructos, las filas. La rejilla se califica asignando puntuaciones de 1 a 7 para cada elemento.
4. Análisis de la información: La información se ingresa a un programa y se realizan análisis factorial no paramétrico, análisis de componentes principales y análisis de correspondencias (Feixas y Cornejo, 1996; citado en Gurrola-Peña, 2003; Padilla-Carmona, 2001), que permite construir un mapa interpersonal y el mapa de constructos del cliente.

PROCEDIMIENTO

Los participantes fueron contactados, se les explicó el objetivo, firmaron una carta de consentimiento informado y se les aplicó la rejilla; una vez completada la prueba, se les tomó la muestra de sangre, que fue llevada a un laboratorio para obtener el nivel de hemoglobina glicosilada. La asignación de un paciente a uno u otro grupo se hizo conforme criterios actuales para determinar adherencia al tratamiento (Federación Mexicana de Diabetes, A.C., 2009; Briseño, 2009; Saz-Franco, 2005; Michigan Diabetes Research and Training Center, 2005), por lo que el grupo con adherencia obtuvo una HbA_{1c} menor o igual a 7% y el grupo de no adherencia tuvo resultados de HbA_{1c} iguales o superiores a 7.1%

PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO

Con la finalidad de observar el patrón general de construcción del sí mismo en cada uno de los grupos, los resultados fueron procesados en el RECORD 3.0 (Feixas y Cornejo, 1996), programa que realiza los cálculos necesarios para el análisis de correspondencias y cálculos necesarios para el análisis de correspondencias y que permite el tratamiento conjunto de elementos y constructos, arrojando las correlaciones Yo-Yo Ideal, Yo-Otros e Ideal-Otros), que luego fueron vaciados a una base de datos y procesadas con el SPSS para obtener Las correlaciones producto-momento a un nivel de significancia .05

RESULTADOS

Los resultados de las correlaciones del grupo de personas con adecuado control metabólico muestran correlaciones Yo-Ideal, Yo-Otros e Ideal-Otros, todas ellas bajas (entre .16 y .49), siendo la correlación Yo-Ideal, que es la indicativa de la autoestima, la más baja (ver Tabla 1).

Tabla 1. Correlaciones entre elementos de los participantes Con control metabólico.

Elementos	Ideal	Otros
Yo	.164	.234
Ideal		.497

Nota: n = 17 y p < .05

En el caso del grupo de personas con mal control metabólico, también se realizaron las correlaciones entre elementos correspondientes, obteniéndose que al igual que en el caso del grupo de personas controladas, la correlación más baja es la correspondiente a los elementos Yo-Ideal, que en su conjunto dan cuenta de la autoestima, aunque en el caso de este grupo, el resultado de la correlación es ligeramente más alto tanto en la relación de los Elementos Yo-Ideal y Yo-Otros; no obstante, la relación Yo-Otros, tiene un resultado más alto en el grupo de personas controladas (ver Tabla 2).

Tabla 2. Correlaciones entre elementos de los participantes Sin control metabólico.

Elementos	Ideal	Otros
Yo	0.167	.399
Ideal		.267

Nota: n = 32 y p < .05

ANÁLISIS DE RESULTADOS

La relación Yo-Ideal, desde la TCP es un índice del grado de adecuación de uno mismo, al ser un indicativo de la autoestima. Esto es, el programa Record permite obtener las distancias entre el elemento de valoración de la persona en la actualidad y un índice de lo que le gustaría ser y entre mayor distancia entre estas dos mediciones, se supone una menor autoestima y viceversa. Al observarse los resultados de las correlaciones Yo-Ideal en cada uno de los grupos y al compararse, se observa que el grupo de personas con mejor control metabólico, tienen una correlación más baja, lo cual es indicativo de una mejor autoestima que el grupo de personas con un peor control metabólico.

No obstante, los resultados apuntan a que en los pacientes con diabetes, la baja autoestima tiende a relacionarse con sentimientos de impotencia e inadecuación de las funciones corporales (Velasco y Sinibaldi y Sinibaldi, 2001). Es un hecho que este tipo de pacientes tarde o temprano sufren de complicaciones macro y microvasculares que disminuyen su funcionalidad física, psicológica y social, produciéndoles incapacidades, ceguera, deterioro mental, depresión y en general una mala calidad de vida (Alfaro, Carot Carothers y González, 2006), alejándolos así cada vez más de un Yo Ideal adecuado. En este mismo sentido, la constante presencia de molestias y de achaques derivados de la enfermedad crónica, influye en sus intereses y actividades y repercute directamente en sus experiencias positivas e indirectamente provoca una percepción de reducción de control y de poder personal. Para Martín y Grau (2005), además de los problemas físicos muchas enfermedades generan en la autoimagen y la autoestima una serie de dificultades, miedos ante una posible amenaza vital y la muerte; la repercusión estresante de la mayoría de las enfermedades se pone de manifiesto en la esfera de la reorientación vocacional y laboral al tener el paciente que reajustar metas y propósitos; se ve afectada su vida económica y la comunicación con las otras personas y se producen cambios en los roles habituales y en las responsabilidades de la familia, aumentando así el sufrimiento de sus allegados y de sí mismo.

Para estos pacientes, la enfermedad constituye un alto en el camino que les permite diferenciar un “antes de” y un “después de”, considerando que la enfermedad es esa condición que marca el punto de inicio de esa vida distinta, ya que la diabetes mellitus es una enfermedad crónica, un desorden progresivo, en el cual se van viviendo una serie de pérdidas y como lo indica Diabetes On Line (2007):

La diabetes es una enfermedad crónica y como tal demanda al paciente un cierto proceso hasta lograr la adaptación a su realidad. Las enfermedades crónicas tienen por principal característica su naturaleza de incurables, es decir, que una vez que se instalan acompañan al paciente para siempre... Otra de sus características es que el proceso de aceptación y adaptación no es automático ni se logra de un día para

otro o al salir del consultorio... ideas como "Ya no seré nunca una persona normal". "Se acabaron para mí los proyectos a largo plazo"... "Seguramente no podré tener hijos" (p.1).

Los síntomas psicológicos más frecuentes que pueden presentarse en los pacientes con diabetes mellitus 2 son depresión, apatía, baja autoestima y sentimientos de desesperanza y minusvalía; incluso pueden estar ansiosos o tornarse pasivos y dependientes. Algunos adolescentes así como adultos jóvenes que no desean perder su independencia ante la enfermedad, se tornan rebeldes desafiando todo tratamiento, orientación terapéutica o consejo médico; hacen esto debido a que es la única forma de expresar su inconformidad con la pérdida de autonomía a la que lo someten sus cuidadores primarios. En tanto, algunos adultos con diabetes mellitus 2 tal vez desarrollen patrones rígidos de personalidad con vistas a adecuarse mejor al trastorno, sin caer en cuenta que entre mayor sea la pérdida de flexibilidad más difícil será el proceso de adaptación (Velasco y Sinibaldi y Sinibaldi, 2001).

La baja autoestima y los sentimientos de depresión en estos individuos puede relacionarse con sentimientos de impotencia e inadecuación de las funciones corporales que es más común cuando no se adhieren al tratamiento, lo cual no les permite desarrollar una imagen de autosuficiencia. También es común, el autoculparse por la enfermedad cuando los pacientes creen que han sido sus propias acciones las causantes de su trastorno.

Los pacientes pueden sentir miedo al inicio de la enfermedad, sin embargo a medida que la negación o el miedo van remitiendo, pueden empezar a sentir que la enfermedad es algo injusto y por consiguiente, experimentar reacciones más o menos intensas de ira y hostilidad. Estas emociones negativas normalmente se superan con el tiempo, pero antes de ello pueden generar intenso rechazo hacia toda persona que le rodea, lo cual permitiría explicar que la percepción del otro en función de lo que soy o que he dejado de ser, se ve alterada ante la presencia de una condición de enfermedad, que le hace verse y sentirse diferente a los demás y que se hace extensiva hacia la familia, quien puede ser vista con sentimientos negativos por las alta restricción a la que la persona con diabetes se ve sometida y a la holgura en términos de estilo de vida del resto de la familia, si es que no tiene la enfermedad o bien, por la presión que el entorno puede ejercer sobre la persona con diabetes para que se cuide y que desencadena en una inadecuación consigo mismo y abismos en la percepción de los otros.

Para la TCP (Feixas, Saúl y Sánchez, 2009), la construcción de Sí Mismo está relacionada intrínsecamente con la construcción de los otros, puesto que la persona no tiene un concepto de Sí Mismo sino un constructo bipolar self-no self; esto es, la

diferenciación entre el yo y los otros es un indicador de un aspecto central en la construcción interpersonal.

En el programa RECORD, la diferenciación entre el sí mismo y los otros se calcula mediante la construcción de un elemento artificial denominado Otros, que es el resultante del promedio de las puntuaciones de todos los elementos excepto el Yo y el Ideal. Así, el índice de esta medición permite saber qué tanto la persona se autopercibe en conjunción con los demás o qué tanto percibe aislamiento social; es decir, cómo se construye a sí misma la persona en cierta medida, de los demás (Feixas et al., 2009).

Con respecto a la construcción de los otros, el sí mismo se encuentra estrechamente relacionado con esta construcción en torno al medio social que rodea a la persona, puesto que el procesamiento de la información implica cierto grado de autocomparación. En este sentido, los hallazgos del estudio DAWN (Skovlund y Peyrot, 2005), demuestran que las personas con diabetes que se separan de una comunidad de apoyo, no sólo controlarán su afección de modo ineficaz, sino que también se sienten peor consigo mismos al sustraerse ellos de su entorno que les brinda apoyo y los reconforta. El apoyo de la familia, los colegas o los amigos entre otros, parece ser tan importante como la medicación para un adecuado control de la enfermedad; no obstante, las correlaciones entre el Yo-Otros de los grupos con control metabólico y sin control metabólico parecieran no estar acordes con lo planteado por la teoría, ya que la correlación en el caso del grupo de personas sin adecuado control metabólico es más alta que la correlación del grupo con control metabólico adecuado. Las implicaciones de este hallazgo permiten apuntar hacia una percepción de mayor aislamiento social en el grupo de personas con un buen control metabólico, en contraste del otro grupo, quienes perciben en mayor conjunción con los demás.

La explicación a estas diferencias en la percepción Yo-Otros, en cada uno de los grupos es que existe una percepción de que es injusto sufrir de diabetes y las reacciones de ira y hostilidad tienden a generar en el paciente un intenso rechazo hacia toda persona que lo rodea (Alfaro et al., 2006), con el consecuente alejamiento y retraimiento. Así mismo, el hecho de ir perdiendo funciones corporales puede llevar al paciente a verse como un ser diferente y conducirlo al aislamiento, de ahí la percepción de diferencia entre el Yo y los Otros, que es más marcada en el grupo de aquéllos que tienen un adecuado control metabólico de su enfermedad, ya que no se siente igual a los demás, al existir una percepción distorsionada y un sentido negativo de sí mismo.

Otra explicación a estos hallazgos es que un aspecto importante que tiene que ver con los procesos de convivencia familiar y social y que puede representar un factor

determinante para el adecuado manejo de la diabetes mellitus es el constituido por los patrones de alimentación (Samaniego-Garay y Álvarez-Bermúdez, 2006). En México, la cultura configura e instituye estilos de vida contrapuestos al tratamiento médico indicado para la diabetes (Cardoso-Gómez, 2006), ya que son muchos los festejos que se celebran y éstos no sólo son la ocasión para la convivencia y diversión, sino que representan la oportunidad para la cohesión familiar y para todos los afectos, alegrías y placeres que la ocasión amerite; lamentablemente, la mayoría de los alimentos que se sirven en las fiestas, se encuentran prohibidos en el tratamiento médico de la diabetes, ya que están basados en el consumo abundante de carbohidratos, grasa y alcohol. Es por lo anterior, que si el paciente pretende cuidar su salud mediante la prescripción médica, deberá separarse del grupo para consumir la dieta prescrita, desafiando los patrones culturales preestablecidos en la convivencia social, separación que desencadena antipatías, rechazo de afectos y dejar de compartir experiencias importantes con su grupo social y particularmente, con las personas significativas para él; lo mismo ocurriría en el contexto cotidiano, en el que una queja constante del enfermo con diabetes es la del esquema alimentario al que deberá ceñirse, que dista del que lleva el resto de su familia y que puede ser traducido por la persona con diabetes mellitus como una segregación del sistema familiar y del sistema social en general. La familia puede representar también aquellas cosas que ya no puede hacer, aquello que para él está prohibido y en consecuencia, rechazar a los que le rodean por expresar “todo aquello que no soy o que quisiera y ya no puedo ser”, visión que es más evidente en el grupo de personas que tienen un cuidado sobre su enfermedad y que repercute de una forma importante sobre la visión de sí mismo y de su entorno.

Para finalizar estos hallazgos, a la persona con diabetes en general, no le agradan el entorno en el que se ve inmersa, ya que el otro posee los atributos que en su propia percepción ella ya no puede (o cree no poder) tener, al sentirse enferma y con hábitos que no siempre incluyen aspectos que fomenten una vida más social. Un ejemplo claro de ello, son las características propias de la cultura mexicana en el rubro de la alimentación común dentro de las celebraciones y en lo cotidiano, que no siempre coinciden con los horarios y con el tipo de hábitos que se le solicitan a la persona con diabetes y el que pudiera llevar su familia o aquéllos de su entorno social inmediato (Torres-López, Sandoval-Díaz y Pando-Moreno, 2005). Esto se explica mediante el corolario de la comunidad y la sociabilidad, pues cuando una persona emplea una construcción de experiencias similar a la empleada por otra persona, sus procesos psicológicos serán parecidos a los de la otra persona o bien, una persona puede jugar un rol en un proceso social que implica a otra en la medida en que construye los procesos de construcción de aquélla, lo cual indica que aunque no se es realmente similar a una persona, aún así puede existir una relación armónica con ella (Gurrola-Peña, 2003) y que cuando ésta no es parecida, la noción de armonía o de similitud se pierde, dando lugar a conflictos y a una sensación de disgusto con el otro.

Otro de los indicadores importantes que se obtienen de la evaluación basada en la TCP es la obtención del índice que da cuenta de la relación entre el Ideal y los demás (Otros). En la construcción personal (Feixas et al., 2009), se considera como un indicador de adecuación percibida hacia los otros. Mientras que una alta correlación negativa puede indicar una insatisfacción del sujeto con las demás personas que le rodean, una alta correlación positiva sugiere la visión de que “todos son buenos”.

Los resultados de las relaciones entre estos dos componentes, Ideal-Otros, revela que en el grupo de personas con control metabólico la correlación es más alta que en el grupo de personas sin un adecuado control metabólico. En lo referente a la correlación “Ideal-Otros”, hay que tomar en cuenta que el tratamiento de los pacientes con diabetes, si bien requiere de responsabilidad personal e implica el dominio de ciertas destrezas, también se lleva a cabo en un contexto social donde se encuentran involucrados varios cuidadores que en un momento dado pueden ser percibidos como adecuados o no. Cuando los pacientes perciben que su calidad de vida es inadecuada o que no tienen control sobre su enfermedad, la dimensión más afectada es precisamente la satisfacción con el tratamiento (Cárdenas, Pedraza y Lerma, 2005), y también con todos los involucrados en él, ya sea el personal médico o bien la familia y los cercanos. De lo anterior se desprende la insatisfacción mostrada por los participantes no controlados en el presente estudio, ya que a pesar de que no se apegan al tratamiento depositan sus síntomas, desesperanzas e inconformidades en las personas que los rodean.

Los constructos personales van conformando una especie de red individual de construcciones a las que los denomina sistema de constructos personales; en este sistema se incluyen las experiencias, pensamientos, sentimientos, comportamientos, etc. Todos estos procesos están determinados no solamente por la realidad externa, sino por nuestros esfuerzos de anticiparnos al mundo, a otras personas y a nosotros mismos, en todo momento y siempre, día tras día, año tras año. Es así que para Kelly (citado en Feixas y Cornejo, 1996) no es importante lo que sucede realmente a una persona, sino sus pensamientos acerca de estos sucesos, es decir cómo los construye e interpreta. En este proceso de construcción y de reconstrucción la persona intenta comprender psicológicamente su mundo interno y externo, por medio de dimensiones personales de consciencia basadas en contraste de significado.

CONCLUSIONES

El resultado del análisis de los elementos interpersonales revela que en general, padecer una enfermedad crónico-degenerativa como es la diabetes mellitus 2, impacta de manera negativa a la valoración del sí mismo; por otra parte, el aislamiento social autopercebido de los pacientes que se adhieren al tratamiento médico, puede responder a patrones de socialización basados en la comida y bebida,

lo cual es propio en la cultura mexicana y que la satisfacción con los semejantes al incluir a los cuidadores puede estar relacionada con la adherencia o no al tratamiento.

Otro aspecto es que se deben tomar en consideración no solo los complejos manejos médicos para la enfermedad, sino también los procesos psicológicos que contribuyen o interfieren en el tratamiento. Aspectos psicológicos como la forma en que el paciente percibe sus síntomas, el significado que le da a su enfermedad tanto él como su familia y las áreas de su vida que están siendo afectadas; el miedo hacia las posibles complicaciones, la sensación de falta de control en su vida, su futuro y su cuerpo, son variables que debieran considerarse en el tratamiento de la diabetes mellitus 2.

Finalmente, se indica que la Teoría de los Constructos Personales es una teoría de abordaje viable para indagar aspectos como la enfermedad, que tienen una repercusión sobre aspectos puntuales de la estructura personal y que el uso de medidas como la Técnica Rejilla de Constructos Personales permiten obtener indicadores útiles para explicar lo que ocurre con este tipo de enfermedades y que hasta ahora, se han aplicado ampliamente en la explicación de algunas otras entidades como el síndrome del colon irritable, trastornos de la alimentación, depresión y algunos otros trastornos o entidades psicológicas.

REFERENCIAS

- Alfaro, N., Carothers, M. y González, Y.S. (2006). Autopercepción de calidad de vida en adultos mayores con diabetes mellitustipo 2. *Investigación en salud*, VII (003), 152-157.
- Balcázar, P., Gurrola, G.M., Feixas, G., Virseda, J.A., Santos, A. y Garay, J.C. (2012). La importancia del grupo focal en la generación de instrumentos de evaluación en la psicología. *Memorias del Fourth International Qualitative Research Conference 2012 "Approaches to Qualitative Research"*. México: Universidad de Guanajuato.
- Briseño, J. (2009). ¿Hemoglobina glucosilada, qué es y cuándo hay que realizarla?. *Diabetes Hands Foundation*. (Disponible en <http://www.estudiabetes.org/forum/topics/hemoglobina-glucosilada-que-es>).
- Cárdenas, V. M., Pedraza, C. y Lerma, R. E. (2005). Calidad de vida del paciente con diabetes mellitus tipo 2. *Ciencia UANL*, VIII (003), 351-357. Recuperado de <http://www.cienciauanl.uanl.mx/>
- Cardoso-Gómez, M. A. (2006). La cultura como configurador de estilos alimentarios antagónicos al tratamiento médico contra la diabetes.

Cultura, dieta y diabetes. *Cuicuilco*, 13(037), 129-142. Recuperado de <http://www.enah.edu.mx/>

- Diabetes On Line (2006). *Los 10 mitos más comunes sobre la diabetes*. (Disponible en <http://www.diabetesonline.com.ar/>). Díaz-Mejía, B.L. (2006). Consideraciones acerca de la diabetes mellitus tipo 2. *Investigación y Educación en Enfermería*, XXIV (1), 13-14.
- Federación Mexicana de Diabetes, A. C. (2009). *Diabetes mellitus*. (Disponible en [http://www.fmdiabetes.org\(v2/paginas/d_números.php\)](http://www.fmdiabetes.org(v2/paginas/d_números.php))).
- Feixas, G. y Cornejo, M. (1996). *Manual de la Técnica de Rejilla mediante el programa Record V.2.0*. Barcelona: Paidós.
- Feixas, G., Saúl, L.A. y Sánchez, D. (2009). *Detección, análisis e intervención en dilemas implicativos*. Recuperado de <http://campus.usal.es/>
- Granados, E.E. y Escalante, E. (2010). Estilos de personalidad y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus. *Liberabit, Revista de Psicología*, 16 (2), 203-215.
- González-Domínguez, D., Aracena-Genao B., Montañez-Hernández, J.C., Serván-Mori, E.E. y Rivera-Peña, G. (2006). *Cuentas en diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares y obesidad*. Ávila-Burgos, L. y Cahuana-Hurtado, L. (eds.). Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública. (Recuperado de <http://www.insp.mx/produccion-editorial/152-publicacion-2010/1450-cuentas-en-diabetes-mellitus-enfermedades-cardiovasculares-y-obesidad.html>).
- Gurrola-Peña, G.M. (2003). *Construcción personal y psicopatología. El constructivismo en psicología clínica*. Toluca, México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Khamseh, M.E., Baradaran, H.R., Javanbakht, A., Mirghorbani, M., Yadollahi, Z. & Malek, M. (2011). Comparison of the CES-D and PHQ-9 depression scales in people with type 2 diabetes in Teheran, Irán. *Psychiatry*, 11 (61), 1-6. doi: 10.1186/1471-244X-11-61.
- Kirchner, T., Torres, M. y Forns, M. (1998). *Evaluación psicológica: Modelos y Técnicas*. Barcelona: Paidós.

- Lucero, C., Feixas, F. y Saúl, L.A. (2003). Constructos personales y perfil sintomático en la etapa del climaterio: un estudio exploratorio. *Anuario de Psicología*, 34 (3), Septiembre, 371-383.
- Martín, L. y Grau, J. (2005). La adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. Hernández, E. y Grau, J. (Eds.) *Psicología de la salud. Fundamentos y aplicaciones*. México: Universidad de Guadalajara.
- Michigan Diabetes Research and Training Center (MDRTC), University of Michigan (2005). *What's hemoglobin A1c*. (Disponible en <http://www.med.umich.edu/mdrtc/cores/ChemCore/hemoa1c.htm>).
- Montero, I. & León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862. Recuperado de <http://www.aepc.es/ijchp/>
- Organización Mundial de la Salud (2011). *Causas principales de defunción* (lista tabular OMS) (Recuperado de <http://new.paho.org/hq/index.php>).
- Padilla-Carmona, M.T. (2001). La rejilla de constructos personales: Un instrumento para el diagnóstico y la orientación. *Ágora Digital*, (2), 1-12 (Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=4272>).
- Pérez-Pastén, E. (2006). *Guía para el paciente y el educador en diabetes, Segunda edición*. México: Johnson & Johnson.
- Rodríguez, J.S. (2002). *La diabetes*. España: Alfaomega Everest.
- Samaniego-Garay, R. A. y Álvarez-Bermúdez, J. (2006). Control de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2: Una muestra regiomontana. *Psicología y salud*, 16 (001), 63-70. Recuperado de <http://www.uv.mx/psicysalud/>
- Saz-Franco, J. A. (2005). La hemoglobina glicada (HbA1c). *Revista de la Asociación de Diabéticos* (ADEZaragoza). Recuperado de <http://www.adezaragoza.org/diabetes/index.php?id=26>
- Skovlund, S. E. & Peyrot, M. (2005). The Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs (DAWN) Program: A new approach to improving outcomes of diabetes care. *Diabetes Spectrum*, 18 (3), 136-142. doi:10.2337/diaspect.18.3.136.

- Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar (2009). *Protocolos, normas y formularios. Diabetes mellitus*, 1-12 (Recuperado de <http://www.saluddealtura.com/>).
- Torres-López, T. M., Sandoval-Díaz, M. y Pando-Moreno, M. (2005). Sangre y azúcar: representaciones sobre la diabetes en un barrio de Guadalajara. *Cuadernos de Salud Pública*, 21 (1), 101-110. doi: 10.1590/S0102-311X20050001000112
- Velasco y Sinibaldi, M. y Sinibaldi, J. F. (2001). *Manejo del enfermo crónico y su familia*. México: Manual Moderno.

Datos de contacto del autor: Patricia Balcázar Nava (autor principal) Av. Filiberto Gómez S/N (Carr. Toluca-Naucaulpan km. 1.5), edif. Posgrado, Col. Guadalupe. C.P. 50010. Tel. Oficina (722) 2 72 00 76 Y
2 72 15 18

Correo de contacto y correspondencia: pbalcazarlava@hotmail.com

Envío a dictamen: 8 de agosto del 2012

Reenvío: 3 de septiembre del 2012

Aprobación: 28 de septiembre del 2012

ESTILOS DE AFRONTAMIENTO EN ADOLESCENTES DE LA UAEMEX CONSUMIDORES Y NO CONSUMIDORES DE ALCOHOL

STYLES OF COPING IN ADOLESCENTS OF THE UAEMEX CONSUMING AND
NONCONSUMING OF ALCOHOL

*Juana María de la Luz Esteban Valdés, Raúl Percastre Miranda, Alejandra Moysén
Chimal, Gloria Margarita Gurrola Peña, Julieta Concepción Garay López, Patricia
Balcázar Nava*

Universidad Autónoma del Estado de México, México

RESUMEN

Los estilos y estrategias de afrontamiento en el adolescente especifican conductas como respuestas del organismo ante procesos de estrés; el afrontamiento como un proceso cambiante en el que el individuo, en determinados momentos, debe contar principalmente con estrategias defensivas y en otros con estrategias que sirvan para resolver el problema, todo ello a medida que va cambiando su relación con el entorno.

El objetivo comparar los estilos de afrontamiento en adolescentes consumidores y no consumidores de alcohol de la UAEMéx. Los sujetos que participaron fueron 476 estudiantes de las preparatorias dependientes de la UAEMéx, siendo 214 del sexo masculino y 262 del sexo femenino, cuyas edades fluctúan entre 14 y 22 años. Se aplicaron dos instrumentos; la escala de afrontamiento (COPE), a través de 15 áreas. Y una escala para medir la cantidad y frecuencia con el alcohol, la cual se extrajo de la encuesta nacional de adicciones. Se empleó la T Student para comparar consumidores y no consumidores de alcohol, encontrándose que el 62% de la población consume alcohol y el 38% restante no lo consumen. Se encontraron diferencias significativas en los estilos de afrontamiento abandono de los esfuerzos y consumo de alcohol y drogas, para afrontar las situaciones estresantes.

Palabras Clave: Afrontamiento; Adolescente; Consumidores de alcohol; No consumidores de alcohol.

ABSTRACT

The styles and strategies of coping in the adolescent specify conducts like answers of the organism before stress processes; the facing like changing process in which the individual, in certain moments, he must count mainly on defensive strategies and in others with strategies that serve to solve the problem, all it as it is changing his relación with the surroundings. The objective for comparing the styles of coping in consuming and no consuming adolescents of alcohol of the UAEMéx. The subjects that participated were 476 students of the dependent preparatory of the UAEMéx, being 214 of masculine sex and 262 of the feminine sex whose ages fluctuate between 14 and 22 years.

Two instruments were applied: the coping scale (COPE), through 15 areas. And one scale to measure the amount and frequency with the alcohol, which was extracted of the national survey of addictions. It was used the t student to compare consuming and no consuming adolescents of alcohol, finding that 62% of population consume alcohol and 38% rest does not consume alcohol the alcohol consumers most frequently use , alcohol and drugs and abandonment of the efforts to confront the stressful situations.

Key words: coping, adolescent, consuming adolescent of alcohol, no consuming adolescent of alcohol.

INTRODUCCIÓN

Los cambios sufridos en la adolescencia y las presiones sociales que se experimentan, llevan a los jóvenes a actuar de distintas maneras. En algún momento, los seres humanos se han encontrado ante situaciones estresantes y cómo han sido afrontadas, depende de la estructura de la personalidad del sujeto y del entorno en que se desenvuelve. Siendo estas, respuestas interesantes y variadas experimentando los adolescentes, un desequilibrio tanto emocional como físico.

Del cómo el adolescente afronta situaciones estresantes, tienen una relación estrecha hacia los problemas pues en ocasiones buscan el apoyo social platicando con sus compañeros, o buscan el lado positivo de las circunstancias, realizan ejercicio, se preocupan por el futuro, por la búsqueda de pertenencia y resolución de problemas. Pero también existen estrategias negativas, como: la creencia más compartida entre los diferentes grupos de adolescentes y jóvenes, asociación el consumo de alcohol y las “consecuencias positivas” que éste proporciona, a una potenciación de la actividad psicofísica (alegría, euforia, superación de la timidez y retraimiento, mejoría del estado de ánimo, etc.), así como la posibilidad de diversión e integración dentro del grupo de amigos donde la mayoría consumen alcohol.

Cuando el alcohol proporciona a los jóvenes una serie de consecuencias positivas, y lo interpreta como un beneficio, dichos efectos se convierten en motivos de consumo, la juventud, como regla general, no asocia el consumo de alcohol con los

problemas que de él pueden derivarse, ellos esperan cambios positivos (facilitador de expresividad emocional, desinhibidor y potenciador de las relaciones sociales, etc.) y a la vez, no creen que dicha sustancia tenga consecuencias negativas, teniendo un mayor consumo durante el fin de semana, donde las relaciones interpersonales se intensifican constituyendo un problema de salud pública que tiene además, importantes consecuencias que trascienden desde el ámbito de la salud física y mental del individuo hasta la familia, la escuela, el trabajo, alcanzando a la sociedad en general (Secretaría de Salud, 1999).

Por ello, la creciente magnitud del uso de alcohol en los adolescentes agudiza situaciones de riesgo, entendiendo por esto a todas aquellas condiciones físicas, psicológicas y sociales que incrementan significativamente las posibilidades de que un individuo transite por el uso del alcohol. Algunos de estos factores de riesgo que se identifican en diversos estudios comprenden entre otros: la predisposición genética, la edad y el género, la impulsividad, hostilidad, actitudes de rebeldía, el deterioro o el déficit de habilidades sociales, el abandono de la escuela, la prevalencia de una familia conflictiva y el fracaso escolar (Medina-Mora, 1993).

También se ha observado que el problema es la forma en cómo el alcohol se comercializa y la respuesta ha sido su regulación, considerado un problema de salud pública en el que se han incluido aspectos relacionados con el producto mismo, con el individuo con diferente vulnerabilidad y resistencia y con un medio ambiente que juega un papel preponderante tanto en la forma de consumir como en sus consecuencias (Medina-Mora, 1993).

Igualmente, comenta que el alcohol está fuertemente regulado por normas estrictas sobre quién puede beber, son evidentes los dobles parámetros. Esto es, mientras se considera adecuado que el hombre beba en exceso, la mujer debe contenerse. Existe marcado consenso en torno a estas normas que son apoyadas por hombres y mujeres, jóvenes y viejos. Sin embargo, en los últimos años la situación puede estar cambiando, ya que la mujer se involucra cada vez más con el consumo, sobre todo las jóvenes, las que tienen mejor nivel de ingresos y quienes tienen actitudes liberales hacia el consumo de alcohol (Medina-Mora, 1993).

Existen investigaciones que dan cuenta de la magnitud y de las tendencias del consumo y el abuso de bebidas alcohólicas, siendo esto una problemática a considerarse. Así, la aparición del estrés y otras reacciones emocionales están mediatizadas por el proceso de valoración cognitiva que la persona realiza, primero sobre las consecuencias que la situación tiene para el mismo (valoración primaria) y posteriormente, si el saldo de la valoración es de amenaza o desafío, el sujeto valora los recursos de que dispone para evitar o reducir las consecuencias negativas de la situación (valoración secundaria). Esto se refiere, a la capacidad de afrontamiento "coping", el cual es un proceso psicológico que se pone en marcha cuando el entorno se manifiesta amenazante (Lazarus y Folkman, 1986). Ellos definen el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar

las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Así mismo, plantean el afrontamiento como un proceso cambiante en el que el individuo, en determinados momentos, debe contar principalmente con estrategias defensivas y en otros, con estrategias que sirvan para resolver el problema aunque estas en un momento determinado pueden ser negativas como el consumo de alcohol.

Por lo que en situaciones estresantes el adolescente tiende al consumo de alcohol como una forma de afrontar la situación, ya sea por aprendizaje o por una situación de emergencia, esto va a depender de los estilos de afrontamiento, refiriéndose a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales manejando diferentes estrategias de afrontamiento, las cuales son procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes del estrés (Fernández-Abascal, 1997).

Entonces, partiendo de la implicación del término estrés en el afrontamiento, se intenta establecer cuáles son las dimensiones básicas a lo largo de las cuales pueden establecerse los distintos estilos de afrontamiento, una de las primeras aportaciones propuso una categorización del afrontamiento en dos dimensiones básicas: el “método utilizado”, según el cual el afrontamiento puede ser activo o de evitación y la “focalización de la respuesta”, que da lugar a tres tipos de afrontamiento: focalizado en la evaluación de la situación, dirigido al problema o a la emoción (Moos y Billings, 1986; Moos, Cronkite, Billings y Finney, 1986, citados en Lazarus y Folkman, 1986). Estos autores consideran un nuevo modo de afrontamiento centrado en la evaluación y ponen de manifiesto la importancia del papel que juega esta variable ante una situación de amenaza, constituyendo en sí misma un foco sobre el cual se centra una forma de afrontamiento. Ampliando el modelo anterior, añadieron una tercera dimensión básica atendiendo a la “naturaleza de la respuesta” que puede ser de tipo conductual o de tipo cognitivo.

Con respecto al afrontamiento Lazarus y Folkman (1986) aluden a un conjunto de esfuerzos, conductas o pensamientos tendientes a manejar, tolerar, reducir o minimizar las demandas y conflictos sean internos o externos. Asimismo Lazarus y Folkman (1988), mencionan que el afrontamiento implica una serie de conductas que las personas emplean para cubrirse de un posible daño ante situaciones nuevas y desarrollaron un modelo en el que los estresores son definidos como transacciones o intercambios entre la persona y los diferentes contextos ambientales que se perciben como amenazantes. La persona es conceptualizada como un agente activo en sus relaciones con el medio, en tanto que el afrontamiento es concebido como los cambios psicológicos de la persona en respuesta a las demandas transaccionales.

Por otro lado el afrontamiento de acuerdo con Fleming, Baum y Singer (1984), es una reacción al estrés, ya sea conductual o psicológica, dirigida a reducir las cualidades

aversivas del estrés. Son aquellos aspectos que incluyen los intentos del individuo para resistir y superar al estresor.

Asimismo se ha mencionado que el afrontamiento se refiere a una gran variedad de reacciones fisiológicas, cognitivas y motoras que controlan cualquier demanda sobre el individuo, ya sea en forma directa o por medio de interpretar anticipadamente sus consecuencias (Zegans, 1982).

Lazarus y Folkman (1986) han identificado dos tipos generales de afrontamiento, el dirigido a manipular o alterar el problema y el afrontamiento dirigido a regular la respuesta emocional. Las estrategias de afrontamiento dirigidas al problema implican la búsqueda de soluciones alternativas, en base a su costo, beneficio, elección y aplicación. También engloba un conjunto de estrategias que involucran un objetivo, un proceso analítico dirigido principalmente al entorno y que hacen referencia al interior del sujeto.

El afrontamiento dirigido a la emoción implica estrategias para regular los aspectos emocionales surgidos de la situación estresante; se presenta cuando existe una apreciación de que no se puede hacer mucho para modificar la situación. Se puede agrupar en cuatro (Lazarus y Folkman, 1986):

- a) Procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de tensión emocional, por ejemplo la evitación, a minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas, la extracción de valores positivos a situaciones negativas.
- b) Procesos cognitivos dirigidos a aumentar el grado de trastorno emocional. Por ejemplo, algunas personas necesitan sentirse muy mal antes de encontrar consuelo, como formas de autocastigo; o pueden aumentar deliberadamente el grado de trastorno emocional para precipitarse a sí mismos a la acción, como los deportistas que se auto desafían para competir mejor.
- c) Estrategias cognitivas de reevaluación, dirigidas a modificar la forma de apreciar la situación, sin cambiarla objetivamente. En ocasiones la amenaza se atenúa al cambiar su significado, por ejemplo, pensando en que hay otras cosas más importantes por la que preocuparse, que podría ser peor o que ya mejorará.
- d) Estrategias indirectas. En muchas ocasiones las personas no cambian directamente el significado del acontecimiento estresante, ni lo alteran objetivamente, sino que se involucran en actividades que les permiten afrontarlo de otra manera, por ejemplo, hacer ejercicio, ingerir bebidas alcohólicas o drogas, buscar la ayuda profesional, entre otras.

En ocasiones las funciones de afrontamiento dirigidas al problema y dirigidas a la emoción trabajan de forma conjunta, pero pueden llegar a interferirse. Por ejemplo, un individuo experimenta ansiedad cuando llega el día que tiene que presentar un examen; al inicio realiza algunas respiraciones profundas y se dice a sí mismo comentarios positivos y reforzantes para lograr regular la ansiedad y sentirse menos nervioso, lo que a su vez le permite aplicar otras técnicas de afrontamiento dirigidas al problema como repasar algunas partes de los temas estudiados; por otro lado, algunos individuos diagnosticados con alguna enfermedad terminal, pueden tener reacciones en donde las emociones se intensifican, al intentar buscar información sobre el problema, su ansiedad e incertidumbre se ven aumentadas. De esta forma se establece un círculo vicioso de afrontamiento dirigido al problema (búsqueda de información y evaluación) que exacerba su trastorno e interfiere con otros mecanismos que podría utilizar con mayor eficacia (Lazarus y Folkman, 1986).

Por lo que el consumo de sustancias en la adolescencia puede iniciar como una forma de afrontar o manejar nuevas exigencias que les demanda su medio o como respuesta al sentimiento de vivir en un mundo de dificultades, considerando que en consumir cualquier tipo de droga es una forma de evadir una realidad que no le satisface (Becoña, 2002).

MÉTODO

Participantes

Se trabajó con 476 estudiantes del nivel medio superior de los cinco planteles de preparatoria de la Universidad Autónoma del Estado de México; 214 del sexo masculino y 262 del sexo femenino, sus edades fluctúan entre 14 y 22 años. Se utilizó un diseño de investigación no experimental, ya que no se construye ninguna situación, sino que se observan situaciones existentes, no provocadas intencionalmente por el investigador. Es transeccional o transversal porque se recolectan datos en un solo momento, así como en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Se trata también de descripciones, pero no de categorías, conceptos, objetos ni variables individuales, sino de sus relaciones, sean éstas puramente correlacionales o relaciones causales (Hernández, Fernández y Baptista, 2007).

Instrumentos

Se aplicó el COPE de Ch. S. Carver y cols., es un cuestionario por autoinforme, tiene como propósito la evaluación disposicional o situacional de las estrategias de afrontamiento, las áreas de evaluación son: estrategias de afrontamiento basadas en: Búsqueda de apoyo social, religión, humor, consumo de alcohol o drogas, planificación y afrontamiento activo, abandono de los esfuerzos de afrontamiento, centrarse en emociones y desahogarse, aceptación, negación, refrenar el afrontamiento, concentrar

esfuerzos para solucionar la situación, crecimiento personal, reinterpretación positiva, actividades distractoras de la situación, evasión. El tiempo de administración es de 20 minutos. Su consistencia interna va entre .60 y .93, en 13 de las 15 subescalas, fiabilidad test-retest con un índice $r > .5$ en todas las escalas, excepto en la de negación ($r = .34$), siendo todas significativas ($p = .001$). Con relación a algunos datos de adaptación y uso del COPE en México, el instrumento se aplicó a estudiantes universitarios del nivel superior de la Universidad Autónoma del Estado de México, teniendo un alpha de cronbach de .879 y una varianza explicada del 60.50% (Moysén, 2005).

El segundo instrumento, fue la escala para medir cantidad y frecuencia de alcohol, el cual se compone de 19 preguntas que se extrajeron de la Encuesta Nacional de Adicciones, en el apartado que hace referencia únicamente a la cantidad y frecuencia del consumo de alcohol. La puntuación oscila de 1 a 5, para su adaptación y uso, se aplicó a estudiantes universitarios del nivel superior de la Universidad Autónoma del Estado de México, con un alpha de Cronbach total de .883 y una varianza explicada de 47.652% encontrándose dos factores importantes: Actitud de Conflictos y Actitud del Estado de Ánimo (Moysén, 2005).

Tratamiento estadístico

En un primer momento se trabajó con estadística descriptiva a partir de frecuencias, porcentajes, media y desviación estándar y posteriormente se utilizó la "T" de Student, para conocer si existían diferencias.

RESULTADOS

En la comparación de los estilos de afrontamiento entre hombres y mujeres, se observan diferencias para los hombres en los estilos de afrontamiento de humor, consumo de alcohol o drogas, planificación y afrontamiento activo, negación, refrenar el afrontamiento, concentrar esfuerzos para solucionar la situación y una diferencia marginal en evadir obteniendo las medias más altas, por otro lado en las mujeres resultó significativo el estilo de afrontamiento de crecimiento personal. (ver tabla 1).

Con respecto a la comparación de actitudes del consumo de alcohol en hombres y mujeres de nivel medio superior, encontrando las medias más altas en las mujeres que en los hombres respecto a las preguntas; Cuando tomo alcohol siento que me divierto más, Me hace sentir más desinhibido y atreverme a hacer cosas que normalmente no haría, Cuando tomo alcohol me ayuda a ser más libre sexualmente, Me dan ganas de tomar alcohol cuando me siento feliz, Me dan ganas de tomar alcohol cuando quiero relajarme, Me dan ganas de tomar alcohol cuando me agrada tomar alcohol, He faltado a clases o a alguna actividad escolar a consecuencia de haber bebido demasiado alcohol, He tenido relaciones sexuales sin quererlo o sin tomar precauciones a causa de estar algo borracho (a) y Con frecuencia conduzco un coche, bicicleta, moto o cualquier otro aparato motor aunque haya bebido alcohol (ver tabla 2).

Tabla 1. Comparación De Los Estilos De Afrontamiento Entre Hombres Y Mujeres De Nivel Medio Superior.

ESTILO DE AFRONTAMIENTO	T STUDENT	PROB.	HOMBRES		MUJERES	
			Media	Desviación	Media	Desviación
Búsqueda de apoyo	.797	.426	2.61	.804	2.67	.786
Religión	1.109	.268	2.38	.832	2.46	.838
Humor	4.419	.000	2.32	.892	1.96	.839
Consumo de alcohol o drogas	5.427	.000	1.56	.709	1.25	.462
Planificación y afrontamiento activo	2.709	.007	2.66	.717	2.48	.646
Abandono de los esfuerzos de afrontamiento	1.713	.087	2.14	.696	2.04	.532
Centrarse en las emociones y desahogarse	.367	.713	2.35	.661	2.33	.693
Aceptación	.134	.893	2.63	.761	2.62	.732
Negación	2.280	.023	2.12	.601	2.00	.543
Refrenar el afrontamiento	2.383	.018	2.54	.644	2.40	.629
Concentrar esfuerzos para solucionar la situación	3.059	.002	2.50	.715	2.30	.640
Crecimiento personal	3.032	.002	2.98	.890	3.22	.772
Reinterpretación positiva	.175	.861	2.82	.880	2.83	.866
Actividades distractoras de la situación	.045	.964	2.56	.659	2.55	.653
Evadirse	1.916	.056	2.20	.656	2.09	.627

Tabla 2.-Comparación De Actitudes Del Consumo De Alcohol En Hombres Y Mujeres De Nivel Medio Superior.

PREGUNTA	T STUDENT	PROB.	HOMBRES		MUJERES	
			Media	Desviació	Media	Des- viación
Cuando tomo alcohol siento que me divierto más	3.458	.001	1.486	3.05	1.220	3.93
Me hace sentir más desinhibido y atreverme a hacer cosas que normalmente no haría	2.297	.023	1.273	3.44	1.145	3.96
Cuando tomo alcohol me ayuda a ser más libre sexualmente	3.519	.001	1.095	3.90	.779	4.58
Me dan ganas de tomar alcohol cuando me siento feliz	2.092	.041	1.505	3.29	1.200	3.87
Me dan ganas de tomar alcohol cuando quiero relajarme	3.134	.003	1.554	3.49	.961	4.33
Me dan ganas de tomar alcohol cuando me agrada tomar alcohol	2.015	.048	1.370	3.53	1.103	4.04
He faltado a clases o a alguna actividad escolar a consecuencia de haber bebido demasiado alcohol	2.636	.011	1.099	4.28	.567	4.77
He tenido relaciones sexuales sin quererlo o sin tomar precauciones a causa de estar algo borracho (a)	2.292	.027	.907	4.62	.214	4.95
Con frecuencia conduzco un coche, bicicleta, moto o cualquier otro aparato motor aunque haya bebido alcohol	2.653	.011	1.095	4.44	.417	4.92

En la comparación de los estilos de afrontamiento en consumidores y no consumidores de alcohol, observándose las diferencias en los estilos de consumo de alcohol o drogas y abandono de los esfuerzos, también resulto significativo el estilo de afrontamiento de crecimiento personal con la media más alta en los no consumidores.(ver tabla 3).

Tabla 3. Comparación De Los Estilos De Afrontamiento En Adolescentes Consumidores Y No Consumidores De Alcohol.

VARIABLE	T	PROB.	No. DE CONSUMIDORES		CONSUMIDORES	
			Media	Desviación	Media	Desviación
Búsqueda de apoyo	.213	.831	2.66	.768	2.64	.810
Religión	1.038	.300	2.48	.868	2.40	.812
Humor	1.764	.078	2.03	.840	2.18	.909
Consumo de alcohol y drogas	6.366	.000*	1.19	.360	1.50	.687
Planificación y afrontamiento activo	.793	.428	2.53	.666	2.58	.694
Abandono de los esfuerzos	2.652	.008*	1.99	.504	2.14	.657
Centrarse en las emociones y desahogarse	.611	.108	2.28	.683	2.38	.677
Aceptación	.153	.863	2.62	.742	2.63	.749
Negación	1.711	.088	2.00	.539	2.09	.590
Refrenar el afrontamiento	.136	.842	2.46	.617	2.47	.651
Concentrar los esfuerzos para solucionar la situación	.148	.882	2.38	.701	2.39	.665
Crecimiento personal	2.015	.044*	3.22	.749	3.06	.865
Reinterpretación positiva	1.316	.189	2.90	.946	2.79	.818
Actividades distractoras de la situación	.641	.522	2.58	.680	2.54	.635
Evadirse	1.738	.083	2.08	.618	2.18	.662

DISCUSIÓN

Con respecto a los estilos de afrontamiento por sexo, se encontraron diferencias en el humor, consumo de alcohol o drogas, planificación y afrontamiento activo, negación, refrenar el afrontamiento, concentrar esfuerzos para solucionar la situación y evadirse con una media más alta en los hombres; y en las mujeres el estilo de crecimiento personal. Con base a esto, el hombre adolescente utiliza diversos recursos para enfrentar el estrés como son buscar un sentido de humor y diversión de la situación, evitando mediante la distorsión y aceptación de que existe un problema creando paraísos artificiales, pero al mismo tiempo realizando un análisis y racionalización el afrontamiento hasta que se tenga más y mejor información del problema para concentrar su energía física y psicológica, encontrando una salida centrándose en otro tipo de actividades. Lo encontrado coincide con lo encontrado por Poblete (2004), quien menciona que el uso del humor en forma positiva o negativa, consumiendo alcohol o drogas las cuales se utilizan como una salida, un escape a la realidad, abandonar esfuerzos y evadir más que las mujeres. Respecto a la adolescente mujer, en donde para afrontar el problema existen elementos de autoestímulo y de un positivo aprendizaje de la situación, lo que coincide con lo expresado por Contreras (2006), de que la mujer tiende más a verbalizar sus emociones, le hace frente al estrés contando lo que le ocurre, busca a alguien que la escuche como: amigos, maestros, familiares, etc., y antes de inclinarse por alguna decisión, moviliza estrategias de afrontamiento para alterar la situación.

Respecto a lo anterior Oblitas (2006) y Taylor (2007), menciona que las mujeres se concentran en otra gente a través de la expresión de afectos y la solución mutua de los problemas; incluye la información que se recibe a partir de otras personas, las cuales son queridas y reconocidas como importantes, estimadas, valoradas, que forman parte de la red de la comunicación y obligaciones mutuas y que pueden ser los padres, la pareja, los parientes, contactos sociales o comunitarios.

También se corroboran los trabajos presentados por Alameida y Kessler (1998), quienes reportan que el sexo marca una diferencia importante en la cantidad de estrés experimentado y concuerdan con los resultados de Diehl, Coyle y Labouvie-Vief (1996), que señalan que los estilos de afrontamiento varían con el género y, con ellos, los síntomas experimentados.

Con respecto al consumo de alcohol en la Encuesta Nacional de Adicciones (2002), se observó un incremento en el consumo de drogas, especialmente en el alcohol, la marihuana y anfetaminas, a pesar de que el índice general de consumo se mantiene estable, especialmente el relacionado con la cocaína. Se encontraron cambios en la contribución de los índices de consumo de los hombres y las mujeres, de manera que las prevalencias del consumo del alcohol y tabaco de las mujeres,

se presentan con valores similares a los hombres, incluso en algunas zonas, el consumo de ellas es más elevado.

Continuando con la discusión de resultados, se encontraron diferencias significativas en las actitudes del consumo de alcohol en hombres y mujeres de nivel medio superior, encontrando las medias más altas en las mujeres que en los hombres respecto a las preguntas: Cuándo tomo alcohol siento que me divierto más; Me hace sentir más desinhibido y atreverme a hacer cosas que normalmente no haría; cuándo tomo alcohol me ayuda a ser más libre sexualmente; Me dan ganas de tomar alcohol cuando me siento feliz; Me dan ganas de tomar alcohol cuando quiero relajarme; Me dan ganas de tomar alcohol cuando me agrada tomar alcohol; He faltado a clases o a alguna actividad escolar a consecuencia de haber bebido demasiado alcohol; He tenido relaciones sexuales sin quererlo o sin tomar precauciones a causa de estar algo borracho (a) y con frecuencia conduzco un coche, bicicleta, moto o cualquier otro aparato motor aunque haya bebido alcohol. Estas diferencias son de llamar la atención, ya que se tiene la idea que el hombre debería tener una mayor actitud hacia el consumo de alcohol, para ello este ha sido objeto de estudios de tipo descriptivo, que desde los años setenta y ochenta hablan de una relación varón/mujer: 10/1, y para 1992 llegan a ser 2.5/1. Esta incorporación de la mujer de forma progresiva y paulatina al consumo de alcohol, se ha considerado que puede deberse a características cognitivas y que están relacionadas a los sentimientos intrainterpersonales negativos más que a factores sociales y sentimientos positivos, también se debe a conflictos interpersonales como olvidar sus penas, llenar sus horas y por diversión (García y López, 2001).

Lo anterior coincide con lo mencionado por Medina-Mora (1993), la cual encontró cambios en la contribución de los índices de consumo de los hombres y las mujeres, de manera que las prevalencias del consumo del alcohol y tabaco de las mujeres, se presentan con valores similares a los hombres, incluso en algunas zonas, el consumo de ellas es más elevado. Además de que el consumo de drogas médicas, sobretodo los tranquilizantes, es mayor en las mujeres. Por otra parte, la encuesta reporta que existe mayor consumo en las grandes urbes, aunque cabe considerar que las nuevas generaciones se ven afectadas sin importar el nivel de urbanización del lugar en donde viven ni el nivel escolar.

Por otro lado el adolescente considera que una de las funciones del alcohol es la de reducir la tensión emocional. Esta forma de afrontamiento lleva consigo un alto riesgo de alcoholismo y es capaz de impedir los esfuerzos dirigidos hacia el problema y, a largo plazo, dañar la salud y el potenciar un estado depresivo.

Al comparar los consumidores y no consumidores de alcohol y los estilos de afrontamiento, se encontró diferencia en el abandono de los esfuerzos, en donde los alumnos que

consumen alcohol son los que emplean más este tipo de afrontamiento. El consumo de alcohol o drogas, por la búsqueda de crearse paraísos artificiales, intentando evitar una realidad displacentera, para mitigar sentimientos de inconformidad o los síntomas de estrés. El abandono de los esfuerzos de afrontamiento retirando toda la energía que se había puesto y esperar el tiempo propicio para hacer las cosas. Centrarse en las emociones y desahogarse expresando las tensiones y frustraciones. Y concentrar esfuerzos para solucionar la situación, teniendo una energía tanto física como psicológica para encontrar una salida al problema.

Por lo que de acuerdo a Lazarus y Folkman (1991), Las formas de afrontamiento dirigido a la emoción tienen más probabilidades de aparecer cuando ha habido una evaluación de que no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno. Las formas de afrontamiento dirigido al problema, son más susceptibles de aparecer cuando tales condiciones resultan evaluadas como susceptibles de cambios.

También se encontró diferencia en los adolescentes no consumidores a través de la utilización del estilo de afrontamiento del crecimiento personal, ya que esencialmente aprenden de la situación estresante, permiten reconocer que cada situación trae consigo una enseñanza que les prepara para futuros eventos y los volverá más capaces de afrontar otras situaciones más complejas.

Para terminar este apartado, es importante mencionar que actualmente el adolescente vive en una sociedad donde a diario, y a cada instante, está sujeto a situaciones amenazantes y de riesgo (problemas familiares, de trabajo, en las relaciones interpersonales, accidentes viales, asaltos, etc.), por eso se encuentra en un constante estado de alerta, bajo estrés continuo.

En muchas ocasiones para subsanar el malestar que provoca el estrés excesivo, frecuentemente se recurre a sustancias nocivas para la salud como el alcohol. Por consiguiente, esta falsa manera de "aliviar" el estrés lo único que llega a provocar son malestares posteriores que, además de causar daños físicos y psicológicos; pueden ser el inicio de una dependencia.

REFERENCIAS

- Alameida, D. M. y Kessler, J. (1998). Everyday Stressors and Gender Differences in Daily Distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75: 670-680.
- Becoña, I. (2002). *Bases científicas para la prevención de las drogadependencias*. España: Ministerio del Interior de Barcelona.

- Contreras, R. (2006). *Estudio descriptivo de los estilos de afrontamiento que utilizan los adolescentes que viven o vivieron el proceso de separación o divorcio de los padres*, Tesis de Licenciatura, Toluca, Méx., Universidad Autónoma del Estado de México.
- Diehl, Coley y Labouvie-Vief (1996). Age and sex differences in estrategias of coping an defense across the lifespan. *Psychology and Anging*. 11,127-139.
- Encuesta Nacional de adicciones (2002). *Tabaco, Alcohol y otras Drogas* (resumen ejecutivo). México, CONADIC.
- Fernández-Abascal, Enrique, G (1997). *Estilos y Estrategias de Afrontamiento*. Madrid, Pirámide.
- Fleming, R., Baum, A. y Singer, J. E. (1984). Toward and integrative approach to the study of stress. *Journal of PERSONALITY AND SOCIAL PSYCHOLOGY*. 46, 939-949
- García, J. y López, C. (2001). *Manual de estudios sobre el alcohol*. España, EDAF. Hernández, S. Roberto, Fernández, C. Carlos y Baptista, L. Pilar (2003). *Metodología de la Investigación*. México, Mc Graw Hill.
- Landa, C (2002). *Estresores urbanos y estrategias de afrontamiento en habitantes de la Ciudad de México*, tesis doctoral, Universidad Iberoamericana, México, D.F.
- Lazarus y Folkman (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, Richard S. y Folkman, Susan (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Medina-Mora, M (1993). *Diferencias por género en las prácticas del consumo de alcohol*. Resultados de un estudio llevado a cabo en la población de 18 años y más de una entidad urbana y otra rural del estado de Michoacán Tesis de doctor, inédita) UNAM. México. 2000; 2003; 2004).

- Moysén, A.(2005). *Validez de la Encuesta COPE, en alumnos de licenciatura de la Universidad Autónoma del Estado de México*. Toluca, Documento inédito.
- Oblitas, L. (2000). *Psicología de la salud*. México: Plaza y Valdés S. A de C.V.
- Poblete, V. (2004). *Estudio descriptivo de las estrategias de afrontamiento en adolescentes*. Tesis de Licenciatura, Toluca, Méx., Universidad Autónoma del Estado de México.
- Secretaría de Salud (1999). *Norma oficial mexicana para la prevención, tratamiento y control de las adicciones*, México.
- Taylor, S. E (2007). *Psicología de la Salud*. México: McGrawHill.
- Zegans, L. S. (1982). Stress and development of somatic disorder. En Godberger, L. and Breznitz (eds). *Handbook*.

Datos del autor principal: Juana María Esteban Valdés

Av. Filiberto Gómez S/N (Carr. Toluca-Naucaupan km. 1.5), edif. Posgrado, Col. Guadalupe. C.P. 50010.

Tel. Oficina (722) 2 72 00 76 Y 2 72 15 18

Correo de contacto y correspondencia:

juanita_esteban@hotmail.com

Envío a dictamen: 6 de agosto del 2012

Reenvío: 5 de septiembre del 2012

Aprobado: 27 de septiembre del 2012

"Y podrás conocerte, recordando del pasado soñar los turbios lienzos, en este día triste en que caminas con los ojos abiertos. De toda memoria, sólo vale el don preclaro de evocar los sueños".

Antonio Machado. Parábolas

LA CONSTRUCCIÓN DEL SÍ MISMO EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE DISTIMIA

Self-construction in women with distimic diagnostic

*Gloria Margarita Gurrola Peña, Patricia Balcázar Nava, Alejandra Moysén Chimal,
Julieta Garay López, Juana Ma. Esteban Valdés
Universidad Autónoma del Estado de México, México*

RESUMEN

El presente trabajo tuvo como objetivo identificar los patrones de construcción del sí mismo en un grupo de pacientes con diagnóstico de distimia. Por su alta prevalencia y por sus efectos incapacitantes los trastornos del espectro depresivo hoy día se han vuelto uno de los fenómenos clínicos más ampliamente estudiados desde diversas disciplinas. En los trastornos psicológicos el sentido de identidad juega un papel preponderante ya que la identidad propia va ligada al problema del que se trate y un cambio en uno implica un cambio en el otro. La muestra estuvo compuesta por 40 mujeres entre los 20 a 45 años diagnosticadas con trastorno distimico, según los parámetros del DSM IV. La recolección de datos se realizó utilizando la técnica de la rejilla de Kelly y procesados con el paquete estadístico Record 2.0. Los resultados indican patrones de construcción llamados de positividad, aislamiento, negatividad y resentimiento donde las personas adoptan la posición de víctimas. Un hallazgo importante fue un patrón no reportado en la literatura al que se le denominó patrón de exigencia, en el cual las pacientes mostraban una autoestima adecuada pero seguían considerándose lejos del ideal y este mismo patrón se repite al considerar a los otros como personas iguales a ellas pero también lejos del ideal. Se concluye que la sobreexigencia individual o colectiva es uno de los componentes centrales de la depresión ya que el individuo parece adoptar una actitud de vigilancia entre el actuar y sentir comparándose con otros de tal manera que siempre alguien resulta inadecuado.

Palabras clave: Distimia, constructivismo, técnica de la rejilla, patrones de construcción, sí mismo.

ABSTRACT

The objective of the present research is to present a constructivist technique as a reliable instrument to explore the construction patterns of the self that disthymic patients present. The sample was composed by 45 female persons diagnosed with distimic disorder, according with the DSM IV parameters. The data gathering was made using

Kelly's Personal Constructs grid. The data was processed with the statistics software Record 2.0 which indicates the existent correlation between the self, the ideal self and self, and the others. An important finding was a pattern that hadn't been reported in the literature, this was named exigency pattern, in which the patients showed an adequate self esteem, but kept considering themselves far from the ideal and this same pattern is repeated when considering others as persons equal to them, but far from the ideal too. It is acknowledged that the individual or collective over exigency is one of the depression components, because the individual seems to adopt an watching attitude between acting and feeling, comparing himself with others in such a manner that somebody always results inadequated.

Key Words: Disthymia, constructivism, repertory grid technique, construction patterns, self.

INTRODUCCIÓN

Datos aportados por la Organización Mundial de la Salud demuestran que los trastornos del espectro depresivo son un mal endémico potencialmente letal, es la patología que causa grandes índices de discapacidad en el mundo con impacto no sólo en el paciente, sino también en su familia. Más de 500 millones de personas padecen de cierto tipo de depresión. Recientes estudios globales muestran que el Trastorno Depresivo ha sido severamente subestimado en el pasado, es un problema que se prolonga hasta hoy y que según se predice, empeorará en el futuro (Mariani, 2001).

Según Mariani (2001) el grupo de trastornos depresivos no están asociados únicamente a la ansiedad, a la dependencia de alcohol y al abuso de sustancias, sino que es también una causa relevante de mortalidad. Las personas que padecen éstos trastornos presentan un riesgo de atentar contra sus vidas 30 veces mayor al de la población general. La depresión es responsable de más del doble de muertes anuales (por suicidio) que las atribuidas al SIDA.

Si bien la depresión es un mal que aqueja de forma alarmante en la actualidad, es necesario indicar que los trastornos del estado del ánimo abarcan una variedad de acuerdo con lo indicado en la clasificación que hace el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su versión IV-R, en la que se hace referencia a la distimia como uno de los trastornos que pertenecen a este grupo. La American Psychiatric Association (2001), le define como un estado de ánimo crónicamente deprimido, menos grave que la depresión y que no cumple los criterios para una depresión mayor, o lo hace sólo en períodos muy cortos. Su evolución suele ser de más de dos años y se caracteriza por un abatimiento prolongado del estado de ánimo en el que la persona distímica se describe a sí misma como triste o desanimada, perdiendo el interés por las cosas y viéndose a menudo como inútil y poco interesante; posee síntomas persistentes o intermitentes, de intensidad más leve en comparación con la depresión mayor y

se caracteriza porque la persona está habitualmente triste, introvertida, melancólica, excesivamente consciente, incapaz de sentir alegría y preocupada por su insuficiencia personal. Si bien la distimia suele comenzar pronto en la edad adulta y mantenerse durante años, a veces es consecuencia de un episodio depresivo aislado y asociado a acontecimientos conflictivos; aproximadamente aparece en un 6% de la población y las mujeres son dos o tres veces más propensas a padecerla, aunque se habla de que puede estar subdiagnosticada, ya que puede pasar desapercibida o dársele menos importancia a sus síntomas por ser de inicio lento y progresivo a lo largo del tiempo, con una causa no atribuible o no claramente definida a diferencia de los episodios depresivos o en la depresión mayor, cuyo inicio está marcado por acontecimientos altamente estresantes a los que responde la persona (Montesano del Campo, 2009).

Aunque es innegable que ciertos factores del entorno físico y social contribuyen con frecuencia a estos impasses psicológicos, también es igualmente cierto que el sentido de identidad juega un papel preponderante. Subyacente a lo anterior, está la sensación de que la identidad propia va ligada al problema del que se trate, de tal manera que un cambio en uno implica un cambio en el otro (Neimeyer y Neimeyer, 1989). Es así como la comprensión de la construcción del sí mismo es de suma importancia para lograr un entendimiento más profundo de los trastornos psicológicos.

Desde una visión constructivista, el sí mismo es esencialmente un proceso, no es una identidad; no es una estructura, ni un conjunto de estructuras, sino que es el proceso que da a toda estructura personal una configuración de identidad. Si se concibe como un proceso evolutivo, significa una capacidad de referirse a sí mismo y a los otros que surge a partir de la evolución a un mundo intersubjetivo. En este mundo intersubjetivo es necesario estar consensualmente coordinados, con lo cual se hace evidente que la capacidad de individualización-capacidad de poder reconstruir intenciones y emociones de los otros y conocer las propias- requiere de esta coordinación consensual. Es así que desde este punto de vista, la emergencia del sí mismo es inherentemente un proceso dialéctico. El hecho de desarrollar un sentido del sí mismo implica también que la persona se siente de cierto modo respecto al mundo al que pertenece, a su normatividad y a los otros.

Según Feixas y Cornejo (1998), en general los seres humanos logran la construcción del sí mismo efectuando las siguientes diferenciaciones:

- La diferenciación entre el yo y el ideal. Puede considerarse una medida de autoestima ya que refleja la distancia que el sujeto percibe entre lo que es y lo que le gustaría ser. La autoestima está muy relacionada con el funcionamiento afectivo y el bienestar subjetivo, mientras que un gran número de trastornos psicológicos se relacionan con una autoestima baja (Robson, 1988).

- La diferenciación entre el yo y los otros. La construcción del sí mismo se relaciona intrínsecamente con la construcción de los otros ya que el procesamiento de la información acerca de los demás implica un cierto grado de autocomparación automática. Por tanto, parece especialmente relevante en el estudio del sí mismo la diferenciación entre el yo y los otros como un indicador de un aspecto central de la construcción interpersonal (Feixas y Cornejo, 1998). De mucho interés clínico ha sido el hallazgo de que los sujetos deprimidos presentan una mayor diferenciación entre el yo y los otros en comparación con personas sin trastornos (Neimeyer y Mahoney, 1995). Esta diferenciación puede considerarse como una medida de aislamiento social autopercibido e indica cómo es percibida la sociedad por el sujeto.
- La diferenciación entre el ideal y los otros. Parece ser un indicador de la adecuación percibida de los otros. Una correlación negativa puede indicar insatisfacción del sujeto con las personas que lo rodean, mientras que una positiva sugiere la visión de que todos son buenos.

Con las tres diferenciaciones anteriores las personas pueden crear perfiles generales en la construcción del sí mismo. Con un perfil de positividad, la persona tiene una visión globalmente positiva de sí mismo y de los otros y si este perfil no va acompañado de un bienestar psicológico se puede sospechar de una excesiva simplificación o negación. Por su parte, un perfil de superioridad indica que las personas consideran que los demás no son como deberían ser. Asimismo, en un perfil de negatividad o pesimismo, tanto el sí mismo como los demás son vistos negativamente; esta visión puede indicar un estado de depresión, con poca motivación y con la creencia de que la vida es inevitablemente trágica (Neimeyer y Mahoney, 1985). Con un perfil de aislamiento, la persona sesga la información acerca de sí mismo hacia lo negativo y la relativa a los demás hacia lo positivo; según Feixas y Cornejo (1998), con este patrón, una persona con depresión se ve a sí misma negativamente y cree que es la única que está mal. Por último y en relación al perfil anterior, si la persona atribuye la falta de adecuación a los demás, lo que se presenta es un perfil de resentimiento también muy característico de las personas con depresión (Feixas y Cornejo, 1998).

Con base en los planteamientos teóricos anteriores, el objetivo de la presente investigación es describir los patrones de construcción del sí mismo en un grupo de mujeres diagnosticadas con distimia, utilizando como sistema de evaluación la técnica de la rejilla (Feixas y Cornejo, 1998).

MÉTODO

Participantes

Se trabajó con 40 mujeres con edades comprendidas entre los 20 y los 42 años, diagnosticadas con trastorno dístimo y que acuden a los servicios de atención

psicológica al Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMyM), de la Ciudad de Toluca, Estado de México.

Instrumento

Se aplicó la técnica de rejilla propuesta por Feixas y Cornejo (1998), la cual es una variación de la propuesta por Kelly (1955). La rejilla es un instrumento de evaluación de las dimensiones y estructura del significado personal que pretende captar la forma en que una persona da sentido a su experiencia en sus propios términos. Se trata de una forma de entrevista estructurada en la cual la persona elige en primer lugar las personas (elementos) representativas de su mundo o de su problema; en segundo lugar, se elicitán los constructos idiosincrásicos y sus opuestos con base en las semejanzas y diferencias entre las personas significativas para el sujeto. Por último, las personas los califican en una escala de uno a siete, qué tanto se acercan sus personas significativas y él mismo a cada uno de los constructos y sus opuestos.

Procedimiento

Las participantes después de ser diagnosticadas mediante pruebas psicológicas y la entrevista SCID por especialistas del área de psicología y psiquiatría fueron contactadas por el equipo de investigación para solicitarles su participación voluntaria en la investigación. Tras de haber firmado la carta de consentimiento informado se concertó una cita en la cual se aplicó la técnica de la rejilla.

Análisis de resultados

Los resultados fueron procesados por el programa Record 2.0, realizando el análisis de correspondencias, el cual permite el tratamiento estadístico conjunto de elementos y constructos. Entre otras medidas arroja las correlaciones yo-ideal, yo-otros, e ideal-otros.

RESULTADOS

Los resultados indican que las mujeres con distimia que participaron en el presente estudio muestran perfiles de positividad, aislamiento, negatividad y resentimiento en orden decreciente. Se observa que un moderado porcentaje de la muestra presenta un perfil de construcción del sí mismo no reportado en la literatura (ver tabla 1).

Tabla 1. Perfiles de construcción del sí mismo en un

PERFIL	PORCENTAJE EN EL GRUPO
Positividad	33.3%
Aislamiento	25.0%
Negatividad	16.6%
Resentimiento	8.3%
Superioridad	0%
Desconocido	16.6%

ANÁLISIS DE RESULTADOS

El alto porcentaje de personas con perfil de positividad indica que estas personas intentan mantener la postura de que todo está bien y que no existe el conflicto; sin embargo, al no corresponder lo anterior con un bienestar psicológico (ya que de acuerdo con el diagnóstico de los participantes de esta investigación, existen claros síntomas de depresión), se sospecha del uso de la negación como mecanismo de defensa (Feixas y Cornejo, 1998). Esta negación tiene que ver con el conflicto de una realidad dolorosa, por lo cual la persona busca inconscientemente rechazar el reconocimiento de la misma y se vuelve observable lo que la persona obstinadamente no reconoce y que para otras personas es evidente (Othemer y Othemer, 1996).

El perfil de aislamiento confirma lo que Feixas y Cornejo (1998) indican como característico de la persona deprimida: bajo estas condiciones, las personas y en especial las que cursan con depresión, consideran que ellas son las únicas que se sienten así y tienden a aislarse aun más de los demás (Paykel, 1992). Habrá que tomar en cuenta de forma puntual que en el caso de las personas con alguna forma de depresión, según lo reportan Montesano, Feixas y Varlotta (2009), existe una especial sensibilidad interpersonal de las personas con depresión a la desaprobación y al juicio de las personas significativas de su entorno, que sumado a una alta autoexigencia, permitiría explicar por qué prefieren mantenerse aislados de los demás, al considerar que los demás no les entienden o que son diferentes al resto de su grupo social, a un temor de ser blanco de las críticas de los otros y a no cubrir sus expectativas.

Los perfiles de negatividad y resentimiento mencionados también como característicos de los deprimidos, muestran implicaciones clínicas importantes, ya que si la persona considera que la vida es así o bien, que los demás tienen la culpa de los que les pasa, existe por una parte, muy poca motivación para el cambio (Feixas y Cornejo, 1998) y por otra, permite que las personas adopten la posición de víctimas, que sean presas de la desesperanza y que vivan la vida esperando el cambio desde fuera.

Además de los hallazgos ya comentados, en el presente estudio se encontró un perfil no reportado en la bibliografía acerca de la construcción del sí mismo pero que es consistente en las personas deprimidas de este estudio. En primer lugar, se encontraron perfiles en los cuales las personas muestran una adecuada autoestima (yo-ideal), pero se ven diferentes a los demás y estos perfiles se acercan más al ideal, lo cual permite hipotetizar acerca de un perfil de perfeccionismo e hipervigilancia. En segundo lugar, se encontraron perfiles en los cuales las personas mostraban una autoestima adecuada, se veían igual a los demás pero veían a los demás como muy alejados del ideal, lo que también puede concordar con un perfil de perfeccionismo. El patrón anterior al parecer lleva a la persona a evidenciar la inferioridad individual o colectiva y esto a su vez es uno de los componentes centrales de la depresión, ya que el individuo

parece adoptar una actitud de vigilancia entre su actuar y sentir comparándose con otros de manera que de esta comparación siempre resulta alguien inadecuado. En este aspecto, Montesano et al. (2009) encontraron en personas con depresión que poseen una baja autoestima, una imagen negativa sobre sí mismos y niveles más altos de autoexigencias como aspectos característicos de esta entidad, que son de llamar la atención en comparación con los grupos sin depresión. En este sentido, los hallazgos de este estudio son diferentes a lo encontrado en otros estudios realizados con pacientes con depresión como el aquí indicado, por lo que es importante que se profundice para poder encontrar el origen de estas diferencias entre muestras de otros contextos y la muestra de este estudio.

Es importante considerar que aún cuando la distimia es una entidad perteneciente a los trastornos del estado de ánimo, cursa con características específicas que la hacen diferente a otros trastornos de este grupo y que desde la teoría de los constructos personales, los constructos más frecuentes que se han encontrado que utilizan las personas con distimia, están la exigencia vs. la permisividad, la descalificación vs. la autoestima, la sociabilidad vs. el aislamiento, así como en el éxito vs. el fracaso (Montesano del Campo, 2009, ver Figura 1). Los hallazgos de esta investigación parecieran confirmar lo que desde la teoría de los constructos personales se ha encontrado en relación a los niveles de exigencia, de descalificación hacia sí mismo o hacia los otros y de aislamiento que se presentan en este grupo de mujeres con distimia y parecieran dar lugar a hipótesis hacia las cuales podría dirigirse el tratamiento con este tipo de pacientes, al aportar información acerca de cómo se conforma su autoconceptualización, la conceptualización de los otros y su autoestima, además de que permiten explicar su estatus en cuanto a estado de ánimo se refiere.

Finalmente, hay que resaltar la utilidad de la técnica de rejilla, que fue utilizada como instrumento de evaluación, al comparársele frente a otros procedimientos tradicionales y estandarizados de evaluación, ya que esta técnica se orienta específicamente a medir los constructos tal y como se conciben desde la teoría de los constructos personales y se aplica adaptándose a cada caso, según los objetivos propuestos, ya sea en la investigación o en la psicoterapia. Tal y como se demostró en este estudio y apoyado en la afirmación de Padilla-Carmona (2001), la técnica permite combinar e interrelacionar las tareas de diagnóstico e intervención en el área de la psicología clínica. En palabras de Feixas-Viaplana, Cipriano y Varlotta-Domínguez (2007), debido a su gran versatilidad, las aplicaciones de la técnica son múltiples, ya que permite conocer significados estructurales (de organización cognitiva), de imagen personal, de cercanía con los demás, etc., utilizando los constructos que las propias personas poseen y evitando en lo posible la intromisión de los significados del propio investigador, por lo que ha trascendido el ámbito de la psicología y se ha utilizado en centenares de estudios publicados.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2001). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-R*. España: Masson.
- Feixas, G. y Cornejo, J. (1998). *Manual de la Técnica de la Rejilla*. Barcelona: Paidós.
- Feixas-Viaplana, G., Cipriano, D. y Varlotta-Domínguez, N. (2007). Somatización y conflictos cognitivos: Estudio exploratorio con una muestra clínica. *Revista argentina de clínica psicológica*; XVI (3), 197-203.
- Kelly, G. (1955). *The psychology of personal constructs*. Nueva York: Norton.
- Mariani, L. (2001). *Depresión, el mal del nuevo milenio*. <http://www.luismariani.com>
- Montesano del Campo, A. (2009). *Identidad y narrativa en la distimia. Análisis de contenido de constructos personales*. Máster en Terapia Familiar Sistémica. Universidad Autónoma de Barcelona. Documento inédito.
- Montesano, A., Feixas, G. y Varlotta, N. (2009). Análisis de contenido de constructos personales en la depresión. *Salud mental*; 32, 371-379.
- Neimeyer, R. y Mahoney, M. (1995). *Constructivism in psychotherapy*. Washington: APA
- Neimeyer, R. y Neimeyer, G. (1989). *Casos de la terapia de los constructos personales*. Bilbao: Desclée de Brower.
- Othemer, E. & Othemer, S. (1996). *La entrevista clínica*. DSM IV. Barcelona: Masson.
- Padilla-Carmona, M. T. (2001). La rejilla de constructos personales: Un instrumento para el diagnóstico y la orientación. *Ágora digital*; 2, 1-12.
- Paykel, E. (1992). *Psicopatología de los trastornos afectivos*. Madrid: Pirámide.
- Robson, P. (1988). Self-Esteem. A psychiatric view. *British Journal of Psychiatry*. Vol. 153, 6-15.

Datos de contacto del autor: Gloria Margarita Gurrola Peña (autor principal)
Av. Filiberto Gómez S/N (Carr. Toluca-Naucalpan km. 1.5), edif. Posgrado, Col. Guadalupe. C.P. 50010.
Tel. Oficina (722) 2 72 00 76 Y 2 72 15 18
Correo de contacto y correspondencia:
mgurrolaunid@hotmail.com

Envío a dictamen: 7 de agosto del 2012
Reenvío: 6 de septiembre del 2012
Aprobación: 26 de septiembre del 2012

“El estudio de lo imposible siempre ha abierto nuevas perspectivas”.

M.KAKU – La Física de lo Imposible, p.16, Hamburgo: Rowohlt, 2008.

ACONTECIMIENTOS PRODUCTORES DE ESTRÉS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS.

Stressful life events in oncologic patients

*Julieta Garay López, Alejandra Moysen Chimal, Juana María Esteban Valdés, Patricia Balcázar Nava y Gloria Margarita Gurrola Peña.
Universidad Autónoma del Estado de México, México*

RESUMEN

El momento en el que se conoce un diagnóstico de una enfermedad crónica, el paciente sufre un estado de crisis que se manifiesta en un desequilibrio social, físico y psicológico (Moos y Tsu, 1977). Por lo que el estrés y sus efectos en el trascurso del cáncer dependen de la percepción del estresor, la capacidad del individuo para controlar una situación estresante, su preparación en su sociedad para afrontar problemas y la influencia de los patrones de conducta (Sandín, 2003). Por lo que el objetivo de la investigación fue conocer los niveles de estrés y de acuerdo a la salud emocional de estos, para de esa forma planear intervenciones psicológicas adecuadas para mejorar la calidad de vida de los pacientes. Se trabajó con 86 pacientes oncológicos que acuden a tratamiento al Instituto de Servicios de Salud del Estado de México y sus Municipios ISSEMYM, 21 hombres, 65 mujeres, el rango de edad es de los 18 a los 85 años. Para medir estrés se empleó la Escala de acontecimientos productores de estrés de Caballo (1994), que consta de 52 ítems con intervalos que van de 1 a 10, para obtener los niveles de percepción de acontecimientos productores de estrés. Encontrándose como principales resultados que el 64% de los pacientes presentan estrés en niveles de medio a muchísimo. Se observó en relación al género que las mujeres se estresan más que los hombres, y con respecto a la edad, los pacientes de menor edad (18-40) son mas vulnerables a padecer estrés. De acuerdo a la escolaridad se encontró que de los pacientes con menor escolaridad obtuvieron los puntajes más altos en relación al estrés.

Palabras clave: Estrés, pacientes oncológicos, enfermedades crónicas.

ABSTRACT

The moment, in which a chronic disease diagnostic is known, the patient suffers from a state of crisis that is manifested in a social imbalance, physical and psychological (Moos and Tsu, 1977). So the stress and its effects in the course of the cancer depends on the perception of the stressor, the individual's ability to control a stressful situation, ability to deal in society with problems and the influence of behavioral patterns (Sandin, 2003). So the goal of the research was to determine the levels of stress according to the

emotional health of these to ensure planning appropriate psychological interventions to improve the quality of life in patients. Working with 86 cancer patients seeking treatment at the Institute of Health Services for the State of Mexico and their counties ISSEMYM, 21 men, 65 women, the age range is from 18 to 85 years. To measure stress the scale of the creation of stressful events by Caballo (1994) was used. This scale consists of 52 items with intervals ranging from 1 to 10, to get the levels of perception of events creation of stress. The main results found were that 64% of patients present stress levels in medium to very high. It was noted in relation to gender that women are more stressed out than men, and with respect to age, the younger patients (18-40) are more vulnerable to stress. According to the school it was found that patients with lower levels of formal education obtained the highest scores in relation to stress.

Key Words: Stress, cancer patients, chronic diseases.

INTRODUCCIÓN

Al hacer una revisión histórica de la Psicología de la Salud, se hace evidente que el papel desempeñado por los factores psicológicos como: Estrés, la depresión, el aislamiento social, la hostilidad, el patrón de conducta tipo A y la disponibilidad o no de respuestas de afrontamiento pueden alterar la calidad de vida de los pacientes y tener efectos negativos sobre la salud de estos (Taylor, 2007).

Al revisar las diferentes definiciones de estrés se pueden observar la presencia de dos componentes: uno de origen externo (situaciones alrededor del sujeto) y otro interno (alteraciones internas en la persona, ya sean físicas o psicológicas) (Bloom, 1988). Para Lazarus (2000), la investigación sobre el estrés psicológico (también llamado estrés percibido) se basa en el constructo de la valoración, o bien del enfoque subjetivo; por lo que el estrés y la emoción dependen del modo en que el individuo evalúa las transacciones con el entorno; o sea, el estrés percibido no sólo se encuentra en el entorno ni es consecuencia de algunas características de personalidad, sino que más bien depende de alguna forma particular de relación entre la persona y su medio.

Sandín (2003) sugiere que los efectos del estrés dependen de la percepción del estresor, la capacidad del individuo para controlar una situación estresante, su preparación en su sociedad para afrontar problemas y la influencia de los patrones de conducta aprobados por esa sociedad. Bloom (1988) arguye que el estrés afecta la salud dependiendo de los recursos personales y de la personalidad, así como también de los recursos sociales, como por ejemplo un grupo de apoyo.

De acuerdo a Oblitas en 2010 el 50% de los orígenes de las enfermedades crónicas se deben a factores psicológicos. Muchas personas se quejan de que la medicina no logra curar sus enfermedades, principalmente en casos de enfermos crónicos. Esto se debe a que muchas veces se deja de lado una parte muy importante de la enfermedad: Aspectos psicológicos, emocionales y sociales que están influyendo tanto en la etiología de la enfermedad como en su mantenimiento a lo largo del tiempo.

Este mismo autor menciona que pacientes con cáncer, quienes han sido tratados psicológicamente, han mostrado mejorías en su salud física y en su calidad de vida. La terapia de grupo y el entrenamiento en relajación son útiles para mejorar el estado anímico de los pacientes, disminuyendo su malestar emocional y mejorando su capacidad de enfrentar los tratamientos como la quimioterapia y radioterapia.

Se ha observado en diferentes investigaciones que el cáncer está asociado al estrés psicológico, en tanto que acontecimientos o interacciones estresantes frecuentes antecedieron a la aparición de diversas formas de neoplasia (Sklar y Anisman, 1991). Algunos estudios han encontrado que en el año anterior al diagnóstico de la enfermedad tuvieron lugar cambios vitales significativos como la pérdida de una relación importante. Todos los pacientes que se diagnostican con cáncer tienen una respuesta inicial de malestar, estrés o perturbación emocional. El diagnóstico de cáncer afecta a los pacientes y sus familiares en múltiples áreas. La palabra cáncer, de por sí, trae temor y produce altos grados de incertidumbre, lo cual genera altas demandas para los pacientes y sus familias. Se ha establecido que entre un 30% y un 50% de las personas con cáncer presentan alguna alteración psicológica que amerita tratamiento (Cantú y Álvarez, 2009)

De acuerdo a Oblitas (2010) las investigaciones científicas con respecto al cáncer en la últimas tres décadas mencionan una serie de variables psicosociales relacionadas con esta enfermedad pudiendo mencionar estilos de afrontamiento que pueden constituir la personalidad predispuesta al "cáncer", la cual ha sido etiquetada como personalidad "tipo C" la cual se caracteriza por inhibición y negación de las reacciones emocionales negativas como ansiedad, agresividad e ira; por otra parte también lo caracterizan la expresión acentuada de emociones y conductas consideradas positivas y deseables socialmente, tales como excesiva tolerancia, extrema paciencia, aceptación estoica de los problemas y actitudes de conformismo en general, en todos los ámbitos de la vida. Se describe esta personalidad como la "típica buena persona"

Por otro lado Grossarth-Matrick y Eysenck (1991), para explicar la implicación psicológica en los trastornos psicopatológicos, proponen seis tipos de reacción al estrés, de los cuales dos de ellos se hallan muy relacionados con el cáncer, por lo que a continuación, se detallan las características más relevantes:

- 1.- Predisposición al cáncer. Este tipo de individuo se caracteriza por presentar elevado grado de dependencia conformista respecto a algún objeto o persona con valor emocional destacado para él (consideran a estos objetos o personas como lo más importante para su bienestar y felicidad), e inhibición para establecer intimidad o proximidad con las personas queridas. Son personas que ante las situaciones estresantes suelen reaccionar con sentimientos de desesperanza, indefensión y tendencia a reprimir las reacciones emocionales abiertas. La pérdida/ausencia del objeto se mantienen como fuente del

estrés, ya que la persona no se desvincula definitivamente de él, pero tampoco logra la proximidad/intimidad necesaria.

- 2.- Racional-antiemocional. Se define por la tendencia a emitir reacciones racionales y antiemocionales. Este tipo de personas suele suprimir o negar las manifestaciones afectivas, pues encuentra dificultades para expresar las emociones. Debería denotar predisposición a la depresión y al cáncer. Presenta predominio de lo racional sobre lo emocional. Por tanto, es necesario elaborar una clasificación de los posibles factores psicológicos que sistematice y recoja de la manera más completa posible toda la riqueza de variables, rasgos, estilos y aspectos psicológicos en relación con el cáncer. En este sentido se destacan dos grandes categorías: depresión, que a su vez se subdivide en depresión, indefensión/esperanza, y pérdida del apoyo social y evitación emocional, subdividida en baja emocionalidad negativa y alta emocionalidad positiva.

Estas personas son vulnerables ante la depresión, estado psicológico que se describe más a menudo asociado con el cáncer indefensión/desesperanza.

Estos estados psicológicos, que están más relacionados con el cáncer que la depresión, han servido como predictores del resultado de biopsias, así como la recurrencia del cáncer de mama.

Estas personas tienden a no tener el apoyo social, lo que se refiere a la pérdida de personas queridas para el sujeto, así como a una red de relaciones sociales y familiares pobre y a una disminución o interrupción de los apoyos y refuerzos afectivos que todo individuo necesita. Quienes sufren o han soportado alguna de estas situaciones son más proclives a padecer cáncer.

Se ha analizado la pérdida del apoyo social/afectivo desde tres perspectivas:

- a) Pérdida temprana de los padres o falta de figuras paternas cercanas
- b) Pérdidas recientes de seres queridos por muerte, separación o divorcio
- c) Inadecuado y pobre soporte social y afectivo en la vida diaria

Oblitas (2010), refiere que el estado de aflicción producido por la muerte de seres queridos, particularmente de los padres, esposos o hijos. Se ha constatado que estos sucesos producen una serie de cambios importantes en el equilibrio psicofísico que oscilan desde la agitación, llanto, trastornos del sueño, hasta alteraciones endocrinas, inmunológicas y en última instancia, en algunos casos, cáncer.

El rasgo central del constructo tipo C parece ser, fundamentalmente, la no expresión y/o no experiencia de emociones negativas, especialmente la ira y la cólera. Quienes presentan estos rasgos poseen las siguientes características: son personas con baja hostilidad, poca ansiedad y neuroticismo, con una emocionalidad “blanda y constreñida”, muy racionales, distantes y antiemocionales. En general, el control emocional y la baja expresividad emocional son rasgos específicos que se encuentran asociados, en muchos casos, con el padecimiento de la enfermedad cancerosa.

Así, en una situación de afrontamiento de la enfermedad cancerosa, se ha demostrado que la expresión de emociones como la ira, la cólera y la presentación de actitudes de espíritu de lucha y de ganas de vivir han frenado el posterior curso y evolución del cáncer. Al contrario, las personas que aceptan estoicamente la enfermedad y manifiestan conductas de resignación y de inhibición de emociones, sin “estallar emocionalmente” y sin presentar “explosiones afectivas”, han acelerado el proceso neoplásico y ha sido imposible su recuperación.

Las personas con predisposición al cáncer presentan un buen ajuste social pero en el sentido de ser muy convencionales y conformistas. Estos sujetos exhiben una alta frecuencia de conductas de deseabilidad social, como grandes dosis de tolerancia, paciencia, solidaridad, búsqueda constante de la armonía en las relaciones interpersonales y, en general, una alegre, agradable o impasible cara ante el mundo.

Por todo esto se deben hacer evaluaciones psicológicas con pacientes con cáncer, para de esta manera conocer sus niveles de estrés y de acuerdo a la salud emocional de estos, se puedan planear intervenciones psicológicas adecuadas para mejorar la calidad de vida de este tipo de pacientes

MÉTODO

Participantes

Se trabajó con 86 pacientes oncológicos que acuden a tratamiento al Instituto de Servicios de Salud del Estado de México y sus Municipios ISSEMYM, 21 hombres, 65 mujeres, el rango de edad es de los 18 a los 85 años, el nivel de estudios es básico y superior, el tiempo de tratamiento va de los cero meses hasta los 168 meses, el 45% se dedican al hogar y el 78% son católicos. El 37% reciben quimioterapia el resto (63%) otro tipo de tratamiento (radio, hormonal).

Para medir estrés se empleó la Escala de acontecimientos productores de estrés de Caballo (1994), que consta de 52 items con intervalos que van de 1 a 10, para obtener los niveles de percepción de acontecimientos productores de estrés, el autor señala al intervalo del 1 al 3 cuando las personas perciben el evento como generador de “muy poco”, al intervalo de 4 a 6 término “medio” y del 7 al 10, cuando se considera que

el evento es generador de muchísimo estrés. La puntuación global del instrumento se obtiene sumando el total de los números marcados por cada uno de los reactivos. El instrumento fue adaptado para muestras mexicanas por Delgadillo y Valdez (1998), con un coeficiente de Confiabilidad de Alfa de Cronbach de .94, lo cual indica una buena consistencia interna del instrumento. El cual no mide el estrés real o sufrido. Mide la percepción de la persona ante un acontecimiento productor de estrés.

RESULTADOS

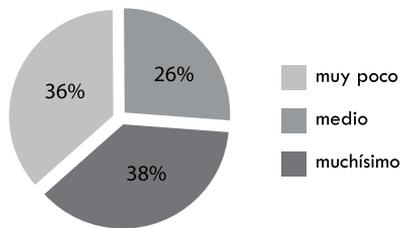
En la tabla 1 se puede observar 64% de los pacientes presentan estrés de niveles de medio muchísimo.

Tabla 1 Niveles de estrés en pacientes oncológicos

	Frecuencia	Porcentaje
muy poco	22	26%
medio	33	38%
muchísimo	31	36%
Total	86	100%

En la gráfica 1 se puede observar que el 26% de la muestra tienen muy poco estrés mientras que la mayoría de estos pacientes presentan niveles de medio a muchísimo estrés.

Gráfica 1: niveles de estrés en pacientes oncológicos



En la tabla 2 se pudo observar en relación al género que de los 52 reactivos de que consta el instrumento de Acontecimientos productores de estrés en nueve de estos se encontró diferencia estadísticamente significativa obteniendo las medias más altas las mujeres.

Tabla 2: Resultados de prueba t por reactivo con respecto al género en un grupo de pacientes oncológicos.

REACTIVO	GÉNERO	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	SIGNIFICANCIA	T
13. Ser víctima de agresión física	Masculino	5.24	3.36	.039	2.15
	Femenino	7.05	3.29		
30. Problemas de salud de algún miembro de la familia	Masculino	6.38	2.95	.026	2.26
	Femenino	7.94	2.66		
32. Aparecer en un medio de comunicación: prensa, radio, tv	Masculino	3.00	2.64	.021	2.39
	Femenino	4.74	3.53		
33. Someterse a una operación quirúrgica	Masculino	4.95	3.18	.022	2.33
	Femenino	6.88	3.31		
41. Alcanzar un objetivo muy deseado	Masculino	4.00	3.19	.018	2.41
	Femenino	6.03	3.40		
46. Problemas con la familia de la pareja	Masculino	3.52	2.54	.027	2.25
	Femenino	5.23	3.14		
47. Nacimiento de un hijo/a hermano/a	Masculino	2.33	1.93	.004	3.01
	Femenino	4.09	3.24		
48. Cambio de residencia a un nuevo lugar	Masculino	2.24	1.64	.001	3.44
	Femenino	4.00	2.95		
49. Reconciliación con la pareja	Masculino	2.81	2.18	.009	2.72
	Femenino	4.49	3.16		

En la tabla 3 se pudo observar en relación a la edad que de los 52 reactivos de que consta el instrumento de Acontecimientos productores de estrés, en ocho de éstos se encontró diferencia estadísticamente significativa obteniendo las medias más altas los pacientes de menor edad.

Tabla 3 Prueba t por reactivo con respecto a la edad en un grupo de pacientes oncológicos.

Reactivo	Edad	Media	Desviación estándar	Significancia	t
Muerte de un amigo/a íntimo/a	18-40	7.34	2.82	.020	2.36
	41-85	5.81	2.93		
Divorciarse de la pareja	18-40	6.78	3.31	.018	2.40
	41-85	4.96	3.43		
Separación de la pareja	18-40	6.81	3.13	.033	2.16
	41-85	5.22	3.38		
Problemas laborales/académicos	18-40	6.66	3.26	.011	2.61
	41-85	4.89	2.88		
Aumento en el número de discusiones de la pareja	18-40	6.59	3.14	.025	2.28
	41-85	4.94	3.29		
Problemas con la familia de la pareja	18-40	5.75	3.12	.029	2.21
	41-85	4.26	2.95		
Reconciliación de la pareja	18-40	5.03	2.95	.025	2.29
	41-85	3.52	2.95		
Empezar un nuevo trabajo o curso académico	18-40	5.19	3.18	.001	3.42
	41-85	3.00	2.65		

En la tabla 4 se pudo observar en relación a la escolaridad que de los 52 reactivos de que consta el instrumento de Acontecimientos productores de estrés sólo en dos se encontró diferencia estadísticamente significativa obteniendo las medias más altas los pacientes de menor escolaridad.

Tabla 4 Prueba t por reactivo con respecto a la escolaridad en un grupo de pacientes oncológicos.

Reactivo	Escolaridad	Media	Desviación estándar	Significancia	t
Malos tratos de la pareja	Básica	6.91	3.29	.054	1.95
	Superior	5.32	3.28		
Sufrir Marginación	Básica	5.98	3.52	.030	2.91
	Superior	4.14	2.99		

Tabla 5. Se encontró que de acontecimientos productores de estrés por factor de los cinco factores de que consta el instrumento sólo en uno se encontró diferencia estadísticamente significativa en un grupo de pacientes oncológicos en relación al género.

Tabla 5. Prueba t en relación al género por factor de un grupo de pacientes oncológicos

Factor	Género	Medias	Desviación estándar	Significancia	t
Factor algún cambio importante en la vida	Masculino	2.93	.669	.013	3.02
	Femenino	2.54	.795		

Tabla 6 Se encontró que de acontecimientos productores de estrés por factor de los cinco factores de que consta el instrumento sólo en dos se encontró diferencia estadísticamente significativa obteniendo las medias más altas los paciente con menor edad en un grupo de pacientes oncológicos en relación a la edad.

Tabla 6: Prueba t en relación a la edad por factor de un grupo de pacientes oncológicos

Factores	Edad	Medias	Desviación estándar	Significancia	t
Problemas con la familia y otras personas	18 - 40	5.65	2.44	.014	2.51
	41 - 85	4.30	2.37		
Problemas con la pareja	18 - 40	6.28	2.45	.045	2.03
	41 - 85	5.05	2.45		

DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados encontrados pudimos observar que el cáncer si está asociado al estrés psicológico, en tanto al diagnóstico como al enfrentamiento a los diferentes tratamientos para combatir esta enfermedad. (Sklar y Anisman, 1991).

Se observó que el 64% de los pacientes presentan estrés de niveles de medio muchísimo. Este hallazgo confirma lo expuesto por Fernández en 2004 quien menciona que los cambios en la apariencia física que con frecuencia aparecen como consecuencia de la enfermedad o los tratamientos oncológicos es otra fuente de estrés a la que los pacientes de cáncer deben enfrentarse. Por ende su capacidad para aceptar y adaptarse a estos cambios repercute directamente en su estado emocional.

Otro resultado encontrado fue que las pacientes mujeres son más vulnerables al estrés, ya que estas obtuvieron las medias más altas en los acontecimientos productores de

estrés, esto se puede deber como menciona Cooper (1986) que el cáncer trae consigo dolor, posible desfiguración, hospitalización, incertidumbre sobre la salud, incapacidad de cuidar a la familia, pérdida de la función sexual, todas estas situaciones repercuten mas en las mujeres por su rol de mujer ya que son las que se encargan de la atención de la familia y la pareja.

También se vio que a menor escolaridad de los pacientes de esta muestra son más vulnerables a acontecimientos relacionados con la pareja y a sentirse aislados, esto confirma lo expuesto por Fonticiella, Echeverría y Almeida, (2001). Quienes demostraron que el cáncer de mama tuvo más alta participación en pacientes amas de casa, con más bajo nivel de escolaridad y de la zona rural, por lo que se asegura que existe una estrecha relación en la falta de conocimientos y cultura de la población, lo cual impide la preocupación por la realización del autoexamen y examen clínico, aspectos fundamentales para la captación precoz, así como habilidades para la aceptación y manejo de la enfermedad.

Se observó que los pacientes de género masculino se estresan más considerando la enfermedad como un cambio importante en su vida el cual le genera una reducción significativa en el aspecto económico sintiéndose incapaz de ser el sostén de su familia como menciona Roales-Nieto en 2004 quien asegura que el tener cáncer es impactante para cualquier persona pero más para el hombre pues por su rol es el generalmente trae el dinero a casa, y el estar enfermo se lo impide.

Se encontró que los pacientes de menor edad perciben con mayor frecuencia acontecimientos estresantes como problemas con la pareja a este respecto podemos mencionar lo expuesto por Montes, Mullins y Urrutia (2006) quienes mencionan que en Chile el cáncer cervico – uterino (Ca Cu) se ha constituido como la primera causa de muerte en el grupo entre 20 a 44 años. A pesar que las cifras de este tipo de cáncer han ido en disminución, sigue siendo un problema importante de salud en Chile, dado su alto impacto social y económico, y además porque afecta principalmente a mujeres cada vez más jóvenes y en edad reproductiva (Waggoner, 2003).

Al ser el CaCu un cáncer ginecológico resulta evidente que la dimensión sexual pueda ser la más afectada; esto se sustenta en la gran cantidad de literatura que existe al respecto. Esta dimensión se afecta fundamentalmente por el tipo de tratamiento utilizado (Maduro, Pras, Willemse y de Vries, 2003).

La modalidad de tratamiento que mayor afecta el área afectiva y psicológica de la sexualidad es la cirugía de Wertheim Meiggs, seguido por la exanteración pélvica y luego por la radioterapia. Las mujeres que reciben radioterapia combinada (externa y braquiterapia) obtienen mayores dificultades en el aspecto físico de la sexualidad que las que reciben radioterapia simple. La quimioterapia es la modalidad de

tratamiento que tiene una menor repercusión en el ámbito sexual. Las mujeres que reciben tratamiento combinado (cirugía y radioterapia) reinician más tardíamente la actividad sexual que las que fueron sometidas sólo a cirugía (Juraskova, Butow, Robertson, Sharpe, Mc Leod y Hacker, 2003).

Según un estudio realizado por Hawighorst-Knapstein y cols (2004), el realizar cirugía reconstructiva a mujeres sometidas a exanteración pélvica favorece su vida sexual. Las mujeres que no son sometidas a cirugías reconstructivas, reportan un deterioro en el funcionamiento sexual lo que en cierta manera puede ocasionar problemas de pareja.

REFERENCIAS

- Bloom, B.L. (1988). *Health psychology: A psychosocial perspective*. New York: Prentice-Hall.
- Caballo, V. E. (1994). *The Scale of stressful live events (SSLE)*, Spain: University of Granada.
- Cantú, R. y Álvarez, J. (2009). Sucesos vitales y factores psicosociales asociados: el caso de pacientes con cáncer. *Psicología y Salud*, Vol. 19, No. 1, pp. 21-32.
- Cooper, C. (1986). *Estrés y cáncer*. México: Díaz Santos.
- Fernández C. A. I. (2004). Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en los pacientes oncológicos: *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología*, ISSN 1696-7240, Vol. 1, N°. 2-3, 2004, pp. 169-180.
- Fonticiella, P., Echeverría, D. y Almeida, A. (2001). Comportamiento del cáncer de mama en el municipio consolación del sur- *Rev. Cubana de Enfermería* 17 (2): 116-21
- Grossarth-Matricek, R. y Eysenck H.J. (1991). Personality stress and motivational factors in drinking as determinants of risk for cancer and coronary heart disease. *Psychological reports*, 69 pp. 1027-1045.
- Hawighorst-Knapstein S, Fusshoeller C, Franz C, Trautmann K, Schmidt M, Pilch H, et al. (2004). The impact of treatment for genital cancer on quality of life and body image-results of a prospective longitudinal 10- year study. *Gynecol Oncol*; 94: 398-403.

- Juraskova I, Butow P, Robertson R, Sharpe L, McLeod C, Hacker N. (2003). Post-treatment sexual adjustment following cervical and endometrial cancer: a qualitative insight. *Psychooncology*; 12: 267- 79.
- Lazarus, R.S. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Barcelona: Desclée de Brouwer.
- Maduro J., Pras E., Willemse P., de Vries E. (2003). Acute and long term toxicity following radiotherapy alone or in combination with chemotherapy for locally advanced cervical cancer. *Cancer Treatment Reviews*; 29: 471-88.
- Montes L., Mullins M., y Urrutia, M (2006). Calidad de vida en mujeres con cáncer cérvico uterino. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 71(2). pp. 129-134.
- Oblitas G. L. A. (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México Ed. CENGAGE, Learning.
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(1), 141-157.
- Sklar, L. S. y Anisman, H. (1991). Stress and cancer. En J. Giles Roales- Nieto y T. Ayllón (Eds), *Medicina Conductual, I. Intervenciones conductuales en problemas médicos y de salud*. Granada:SPUG.

Datos de contacto del autor: Julieta Garay López
(autor principal)

Av. Filiberto Gómez S/N (Carr. Toluca-Naucaupan km. 1.5), edif. Posgrado, Col. Guadalupe. C.P. 50010.

Tel. Oficina (722) 2 72 00 76 Y 2 72 15 18

Correo de contacto y correspondencia:

julieta_garay@yahoo.com

Envío a dictamen: 15 de agosto del 2012

Reenvío: 5 de septiembre del 2012

Aprobación: 27 de septiembre del 2012

SUCESOS DE VIDA ESTRESANTES Y CONSUMO DE ALCOHOL EN UNIVERSITARIOS

Stressful life events and alcohol consumption in university students

*Moysén Chimal Alejandra, Gurrola Peña Gloria Margarita, Esteban Valdés Juana Ma.
de la Luz, Balcázar Nava Patricia, Garay López Julieta Concepción
Universidad Autónoma del Estado de México, México*

RESUMEN

Los sucesos de vida se refieren a aquella situación o situaciones objetivas de cambio vital que exige que la persona cambie su conducta, ya que estos acontecimientos interrumpen o amenazan la vida de la persona; éstos a su vez aumentan el efecto de la exposición a factores de riesgo externos, contribuyendo al consumo del alcohol (Arellano y Alvarez, 2010). Se trabajó con 1800 estudiantes universitarios, se empleo el cuestionario de sucesos de vida estresantes de Lucio y Durán (2003) y tres preguntas relacionadas con la frecuencia y cantidad de consumo de alcohol. Se empleó el análisis de varianza de una vía y un análisis multivariable para comparar los sucesos de vida por el consumo de alcohol y el sexo. De acuerdo con los resultados, existe diferencia entre los sucesos que les han acontecido y la cantidad de alcohol que ingieren, asimismo hay diferencias de acuerdo al sexo y el consumo de alcohol.

Palabras clave: Sucesos de vida, estrés, consumo de alcohol, universitarios

ABSTRACT

Events can be decisive factors to determine affective disorders and mood in the adolescents and these in turn increases the effect of exposure to external risk factors, contributing not only at the beginning of the consumption of alcohol but also to a regular transit of illegal substances (Arellano and Alvarez, 2010). Worked with 1800 university students, the questionnaire of stressful life events of Lucio and Duran (2003) was applied; and three questions related to the frequency and amount of alcohol consumption. The one-way variance analysis and a multivariable analysis was applied to compare the events of life with consumption of alcohol and sex.

Key Words: life events, stress, alcohol consumption, university

INTRODUCCIÓN

Lucio y Duran (2003) mencionan que los sucesos de vida son un aspecto fundamental para entender la conducta del adolescente desde su propio punto de vista, ya que en

la adolescencia el joven se enfrenta a acciones que ocurren en la dinámica familiar, interrelación con otras personas y su vida emocional, entre otros. Resultando los acontecimientos vitales estresantes para su desarrollo óptimo, puesto que el estrés perturba el equilibrio emocional de la persona y puede provenir de cualquier situación o pensamiento que la haga sentir frustrada, furiosa o ansiosa, llevándola en muchas ocasiones a enfrentar dichas circunstancias a través del consumo de alcohol (Lucio y Durán, 2003).

De acuerdo con Casullo (1998), los acontecimientos que no se pueden prever y que son fuente de tensión emocional, que perturban y modifican la secuencia y el ritmo del ciclo vital. Por lo que se puede vincular con el estrés, ya que actúa como un estímulo o estresor, un estado interno inferido, una respuesta o reacción observable, una percepción subjetiva.

Oblitas y Becoña (2001) mencionan que los acontecimientos vitales pueden ser extraordinarios y muy traumáticos, pero a veces son sucesos relativamente “normales”, como el matrimonio, el cambio de trabajo, el comienzo de un nuevo curso académico, entre otros; sin embargo, los sucesos vitales inducen reacciones fisiológicas y/o psicológicas y por lo tanto, se les ubica como sucesos vitales estresantes.

Las pruebas más convincentes sobre el efecto del estrés en la salud mental provienen de los estudios de situaciones extremas. En el caso de los seres humanos, estas situaciones incluyen la ocurrencia de desastres naturales o provocados por el hombre o la exposición prolongada al combate durante la guerra. No obstante, puesto que la mayoría de la gente no experimenta esas situaciones estresantes extremas, las relativamente elevadas tasas de trastornos psicopatológicos que se encuentran en la población tiene que deberse a situaciones de acontecimientos estresantes que ocurran con más frecuencia en la población en general.

En el caso de los jóvenes, ellos atraviesan por diferentes situaciones que les afectan, sin embargo sus características personales y la manera en la cual se evalúa los sucesos determina como va a actuar ante esas situaciones.

De acuerdo con Medina Mora (1993) el estrés se vincula con el consumo de alcohol, asimismo de acuerdo con Moysén (2011) en el caso de los jóvenes una forma de manejar el estrés tiene que ver con el consumo de alcohol.

En la Encuesta Nacional de Adicciones (2002 y 2008), se observó un incremento en el consumo de drogas, especialmente en el alcohol, en marihuana y anfetaminas, aunque el índice general de consumo se mantiene estable, especialmente el relacionado con la cocaína. Con respecto a la ingesta de alcohol, se encontraron cambios en hombres y mujeres, de manera que las mujeres se presentan con valores similares a los hombres, incluso en algunas zonas el consumo de ellas es más elevado.

Lo anterior se relaciona con lo propuesto por O'Malley, Johnston y Brachman (1998), quienes mencionan que la edad en que se encuentra el mayor riesgo del consumo del alcohol en adolescentes menores de 18 años, aunque la edad permitida para beber en Estados Unidos es a los 21 años. Asimismo mencionan que en los últimos años se ha incrementado repentinamente el consumo de alcohol en los adolescentes de diferentes edades, no existiendo diferencias substanciales entre los diferentes grupo sociodemográficos.

El factor social es predominante en el consumo de alcohol, ya que los amigos, los pares más cercanos, parejas y grupos pequeños se convierten en una influencia dominante. Consumir alcohol hace parte de la selección y socialización entre amigos, puesto que debe existir aprobación por parte de los otros, evitando la exclusión social por parte de quienes consumen alcohol (Cicua, Méndez y Muñoz, 2008).

Es a partir de lo anteriormente mencionado que la presente investigación tiene como propósito conocer si existe diferencia entre los sucesos de vida estresantes y el consumo de alcohol.

MÉTODO

Participantes

La muestra se conformó por 1800 sujetos, el 44.8% del sexo masculino y el 55.2% del sexo femenino. El rango de edad de los participantes fluctuó 15 a 44 años, siendo el promedio de 22 años. El 94% de los estudiantes son solteros, el 3.4% casados, el resto vive en unión libre o algún otro estado civil. El 79.1% nació en el Estado de México, el 13.2% en el Distrito Federal y el resto en otros estados de la república mexicana. Con respecto al nivel de estudios el 72.9% es de nivel superior, cursando alguna licenciatura en la UAEMéx., el 27.1% está en la preparatoria. Con relación al tipo de estudiante, el 89.2% de los estudiantes que participaron en el estudio son alumnos regulares y el 10.1% irregulares. Asimismo se observa que 680 alumnos no consumen alcohol, 251 hombres y 429 mujeres y 1120 si consumen alcohol, 556 hombres y 564 mujeres.

Instrumento

Se empleó el cuestionario de sucesos de vida, elaborado por Lucio Gómez-Marqueo y Durán Patiño, es un cuestionario autoinforme, el cual tiene como objetivo evaluar situaciones de los sucesos de vida estresantes en las áreas: familiar, social, personal, problemas de conducta, logros y fracasos; y salud y escolar normativas y no normativas. Dirigido a adolescentes. El instrumento consta de cuatro opciones de respuesta, cuando me sucedió y fue bueno, cuando me sucedió y fue malo, cuando me sucedió y fue indiferente, y cuando no me sucedió. Las respuestas a los reactivos corresponden a eventos experimentados por los adolescentes en un periodo no mayor a un año. El índice de confiabilidad global Kuder Richardson de .89, confiabilidad de .76 para los

reactivos positivos y de .88 para los negativos. La validación se llevo a cabo a través del método de jueces.

Para medir el consumo de alcohol se emplearon tres preguntas relacionadas con la cantidad y frecuencia con que consumen alcohol en la última semana, mes y año.

Procedimiento

Se utilizó la prueba de análisis de varianza de una sola vía para comparar las áreas de sucesos de vida, conforme el índice de consumo de alcohol; y el análisis de varianza multivariado para comparar las áreas de los sucesos de vida conforme al consumo de alcohol y el sexo. La prueba de hipótesis se trabajó con un nivel de significancia de .05

RESULTADOS

Con respecto a los sucesos de vida y el grupo de consumidores y no consumidores de alcohol (Tabla 1), observándose que existe diferencia estadísticamente significativa en el factor de sucesos de vida social normativo, donde el grupo de abstemios presentan la media más alta ($M=41.512$), en el área de social no normativo los que consumen alcohol de forma regular presentan la media más alta ($M=6.427$), en el área personal no normativo los abstemios son los que presentan la media más alta ($M=13.130$), en el área de problemas de conducta normativo los que consumen alcohol de forma regular son los que presentan la media más alta ($M=4.785$), en el área de problemas de conducta no normativo los que consumen alcohol de forma regular son los que presentan la media más alta ($M=12.847$), el área de salud normativo y no normativo los que consumen alcohol de forma regular son los que presentan la media más alta; finalmente en el área escolar normativo los que consumen alcohol de forma intermedia son los que presentan la media más alta ($M=8.945$).

La tabla dos muestra los resultados obtenidos del análisis de varianza múltiple en el cual se comparó los sucesos de vida de acuerdo al sexo y el consumo del alcohol, reportándose los valores al intersectar ambas variables, de acuerdo con los resultados obtenidos existe diferencia estadísticamente significativa en el factor del área de problemas de conducta normativa, siendo las mujeres que consumen alcohol de manera regular las que presentan la media más alta ($M=4.854$), y en el área escolar normativa, los hombres que consumen alcohol son los que presentan la media más alta ($M=9.371$)

Tabla 1: Comparación de los sucesos de vida con el consumo de alcohol ingerido, en estudiantes universitarios

Variable	F	Prob	Abstemio		Ocasional		Intermedio		Regular	
			M	DE	M	DE	M	DE	M	DE
Familiar normativa	2.272	.078	133.20	2.978	132.81	2.483	132.91	2.464	132.75	2.275
Familiar no normativa	.507	.678	42.509	15.448	41.899	10.877	41.899	10.877	41.512	13.211
Social normativa	2.664	.047	41.512	13.211	32.371	9.400	33.379	8.859	33.301	8.689
Social no normativa	2.848	.036	6.080	2.402	5.929	1.956	5.961	1.869	6.427	2.183
Personal normativa	1.520	.208	21.792	6.162	22.092	5.855	22.153	5.742	22.987	6.374
Personal no normativa	2.916	.033	13.130	4.643	12.479	3.221	12.625	3.252	12.847	3.326
Problemas de conducta normativa	8.097	.000	4.239	1.760	4.132	1.591	4.436	1.783	4.785	1.765
Problemas de conducta no normativa	4.485	.004	11.649	4.658	11.156	3.273	11.559	3.305	12.231	3.593
Logros y fracasos normativa	.554	.646	13.338	4.154	13.161	3.906	13.358	3.747	13.542	3.807
Logros y fracasos no normativa	2.022	.109	7.517	2.689	7.484	2.623	7.778	2.491	7.886	2.290
Salud normativa	61.420	.000	3.446	1.403	4.019	1.658	4.540	1.679	5.272	1.894
Salud no normativa	7.688	.000	11.136	4.157	10.795	3.219	11.029	2.961	12.234	4.186
Escolar normativa	3.149	.024	8.932	3.413	8.450	3.292	8.945	3.173	8.938	3.074
Escolar no normativa	2.388	.067	2.389	1.116	2.330	.985	2.435	1.053	2.550	1.117

Tabla 2: Comparación de los sucesos de vida con el consumo de alcohol ingerido y sexo, en estudiantes universitarios

VARIABLE	SEXO	F	PROB.	ABSTEMIO		OCASIONAL		INTERMEDIO		REGULAR	
				M	DE	M	DE	M	DE	M	DE
Familiar normativa	Masculino	1.263	.286	132.48	2.813	132.42	2.568	132.54	2.342	132.17	2.241
	Femenino			133.45	2.957	132.76	2.200	133.00	2.244	133.02	1.522
Familiar no normativa	Masculino	.334	.801	42.725	18.523	41.262	12.745	40.502	8.585	41.461	16.252
	Femenino			42.796	15.183	41.693	7.356	40.932	5.097	39.645	3.581
Social normativa	Masculino	.371	.774	31.041	9.078	31.419	10.091	31.969	8.962	32.141	8.756
	Femenino			31.327	8.680	32.353	8.928	33.730	8.240	33.125	8.454
Social no normativa	Masculino	.919	.431	6.391	2.9472	6.026	2.2021	5.807	1.6412	6.230	2.3402
	Femenino			5.947	2.210	5.749	1.429	5.840	1.323	6.145	1.650
Personal normativa	Masculino	.426	.734	20.883	7.110	21.262	6.250	21.048	5.630	21.730	6.270
	Femenino			22.023	5.666	22.306	5.458	22.895	4.877	23.500	6.081
Personal no normativa	Masculino	.098	.961	13.308	5.449	12.362	3.763	12.427	2.683	12.653	3.128
	Femenino			13.251	4.348	12.529	2.633	12.392	1.675	12.687	2.651
Problemas de conducta normativa	Masculino	3.225	.022	4.291	1.915	4.205	1.666	4.160	1.457	4.320	1.623
	Femenino			4.175	1.696	3.991	1.377	4.496	1.867	4.854	1.821
Problemas de conducta no normativa	Masculino	.068	.977	12.008	5.667	11.318	3.803	11.561	2.841	11.871	3.787
	Femenino			11.464	4.320	10.816	2.117	11.061	1.472	11.645	1.707
Logros y fracasos normativa	Masculino	.380	.768	13.033	4.287	13.218	4.297	13.026	3.873	13.371	3.948
	Femenino			13.113	3.868	12.849	3.6471	13.110	3.324	13.000	3.445
Logros y fracasos no normativa	Masculino	.707	.548	7.733	3.392	7.362	2.835	7.582	2.218	7.589	2.387
	Femenino			7.421	2.304	7.434	2.213	7.723	1.876	7.895	1.904
Salud normativa	Masculino	.495	.686	3.558	1.699	4.069	1.787	4.572	1.582	5.256	1.909
	Femenino			3.388	1.257	3.782	1.360	4.404	1.589	4.729	1.5121
Salud no normativa	Masculino	1.432	.232	11.166	4.996	10.685	3.531	10.486	2.668	11.666	4.442
	Femenino			11.184	3.898	10.626	2.233	11.251	2.212	12.354	3.212
Escolar normativa	Masculino	2.741	.042	8.441	3.193	8.545	3.305	8.989	3.272	9.371	3.279
	Femenino			8.962	3.390	8.097	3.278	8.754	2.854	8.041	2.649
Escolar no normativa	Masculino	1.300	.273	2.366	1.187	2.366	1.057	2.486	1.043	2.692	1.131
	Femenino			2.379	1.077	2.259	.781	2.233	.766	2.395	1.105

DISCUSIÓN

Un suceso de vida estresante es aquella situación de cambio vital que exigen un reajuste de la conducta del sujeto, en tanto que interrumpen o amenazan con obstaculizar las actividades usuales de éste. Desde el punto de vista psicológico, los sucesos estresantes son aquellos que se perciben como amenazantes para el bienestar psíquico o físico de la persona.

Dean Coddington (1972, citado en Lucio, et. al., 2001) encontró que el suceso de mayor relevancia en el nivel de preescolar y primaria era la muerte de los padres, mientras que en el grupo de secundaria fue el embarazo fuera del matrimonio, y en el grupo de preparatoria fue casarse. Al respecto Lucio, et. al., (2001) reportan que la evaluación que hacen los adolescentes de los eventos estresantes tales como; separación o pérdida de un padre o familiar, cambio de escuela, problemas en la misma, agresiones físicas o sexuales, se encuentra influida por la edad y el nivel socioeconómico, así como por el estado de ánimo.

Los sucesos de vida social normativo, se refieren a eventos que se relaciona con la vida emocional y sexual del adolescente, pasatiempos, cambios físicos y psicológicos (Lucio y Durán, 2003). En el caso de los universitarios que no consumen alcohol o al menos no lo han consumido en el último año, manifiestan que han tenido más sucesos de vida relacionados con esta área, son los que mencionan que han mejorado sus relaciones con otras personas, comparten más tiempo con sus amigos, ingresaron a un equipo de juego, participan en eventos deportivos. Mientras que los universitarios que consumen alcohol de forma regular, es decir, consumen alcohol dos o tres veces al menos a la semana han tenido más acontecimientos como la muerte de una amigo, el ser asaltados, o se empezaron a juntar con malas compañías, por lo que los sucesos son más estresantes, no lo pueden controlar y el alcohol puede ser una forma de manejar el estrés, asimismo la misma forma en cómo se relacionan con otros puede vincularse con el consumo de alcohol.

De acuerdo con Rice (2000) los adolescentes conforman una red organizada de relaciones y asociaciones entre ellos, por lo que estar en contacto con otras personas, pasar más tiempo con ellas, establecer actividades deportivas le ayuda a establecer sus relaciones con los otros y a formar parte del sistema social.

Los sucesos del área personal se refieren a acontecimientos de la vida emocional y sexual del adolescente, los que no han consumido alcohol en el último año, mencionan que han tenido más sucesos relacionados a casarse, no dormir lo suficiente, quedaron embarazados o embarazaron a alguien.

El área de problemas de conducta de acuerdo con Lucio y Durán (2003) implica problemas con las autoridades y violación de las normas, así como sus consecuencias. Los alumnos universitarios que consumen alcohol de manera regular presentaron más este tipo de sucesos, es decir, tuvieron más acontecimientos relacionados a pelearse en la escuela, hacen trampa o se van de pinta, asimismo sucesos no normativos como estar condicionado en la escuela, lo castigaron por haber robado, perder la calma y dañar a alguien.

Cameron (1982) menciona que la etapa de la adolescencia es un proceso de cambio físico, sexual, por lo que se requiere de estabilidad y confianza básica para poder confiar en su medio ambiente, y si no tiene confianza en su cuerpo y su aparato psíquico no puede tener confianza en otras personas u objetos externos. Probablemente por ello recurrir a situaciones como el consumo de alcohol como salida a este hecho normal en esta etapa.

La adolescencia es una etapa en la cual hay cambios físicos lo cual puede traer consigo una serie de cambios psicológicos, es una etapa de transición hacia la madurez. Balcázar y Bonilla (2010) mencionan que la mayoría de los adolescentes pasan por este periodo sin presentar problemas importantes, pero aproximadamente el 20% están expuestos a padecer alguna forma de desajuste emocional que puede ser una manifestación temprana de trastornos posteriores.

Debido a que la adolescencia es conocida como una etapa de adaptación, de estrés y desajuste, pasan por una etapa de adaptación, conflictos familiares, problemas emocionales y académicos, o incurrir en conductas que pueden ser disparadores de desórdenes psicológicos graves posteriores (Balcázar y Bonilla, 2010). Por otra parte, Casullo (1998) menciona que existen sucesos vitales necesarios, que forman parte de todo desarrollo psicológico sano y son experiencias que fortalecen al yo, asimismo los acontecimientos que no se pueden prever y que son fuente de tensión emocional, perturban y modifican la secuencia y el ciclo vital.

El área escolar normativo se refiere a sucesos de vida dentro del contexto escolar en el que se desenvuelve el adolescente (Lucio y Durán, 2003), los que consumen alcohol de forma intermedia son los que presentan la media más alta ($M=8.945$), es decir, son los que han tenido más acontecimientos relacionados con cambiarse de escuela, empezar un nuevo ciclo escolar, reprobar.

Finalmente de acuerdo con los resultados obtenidos en el presente estudio se puede concluir que existen diferencias en los acontecimiento que les ocurren y la cantidad de consumo de alcohol, tomando en cuenta que la percepción que tienen del suceso, sobre

todo en aquellos sucesos que son considerados como malos, los llevan hacia manejar el estrés que les produce con el alcohol.

REFERENCIAS

- Arellano, R. S. y Alvarez, B. (2010). Los eventos de vida; vivencia subjetiva en adolescentes con consumo de sustancias. *LiberAddictus* , 1-14. Recuperado en <http://www.leberaddictus.org/>
- Balcázar N., y Bonilla, M. (2010). Antecedentes sobre la adolescencia. En Enríquez, B., Lira, M., Balcázar, N., Bonilla, M. y Gurrola, P. *Adolescentes del siglo XXI*. México: Universidad de Guanajuato y Universidad Autónoma del Estado de México.
- Cameron, N. (1982). *Desarrollo y psicopatología de la personalidad*. México, Trillas.
- Casullo, M. M. (1998). *Adolescentes en riesgo. Identificación y orientación psicológica*. Buenos Aires: Paidós
- Cicua, D.; Méndez, M.; Muñoz, L. (julio-diciembre, 2008). Factores en el consumo de alcohol en adolescentes. *Pensamiento Psicológico*. Vol. 4. Núm. 11. pp. 115-134. Colombia: Pontificia Universidad Javeriana
- Craig, J. (2001). *Desarrollo psicológico*. México, Prince Hall.
- Díaz .M, A., Díaz M. I. R., Hernández A., C., Narro, R. J., Fernández, V. H. y Solís, T. C. (2008). Prevalencia del consumo riesgoso y dañino de alcohol y factores de riesgo en estudiantes universitarios. *Salud mental*. 31:271-282.
- Encuesta Nacional de Adicciones (2002). Secretaría de Salud. www.salud.gob.mx
- Encuesta Nacional de Adicciones (2008). Secretaria de Salud. Informe. México.
- Fleming, R., Ba Fernández-Abascal E.(1999). El estrés: aspectos básicos y de intervención. En Fernández-Abascal E. y Palmero F. (Eds). *Emociones y Salud*. España: Ariel Psicología.
- Fernández Abascal, E. y Palmero, F. (1999). *Emociones y salud*. Barcelona: Ariel.

- Fernández, E. (1992). *Psicología de la adolescencia*. México, Nueva Era.
- Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1988). Doping as a mediator of emotion. *Journal of personality and social psychology*, 543, 466-475
- García, R. y López, S. (coords., 2001). *Manual de estudios sobre el alcohol*. España: EDAF
- González N. J. (2001). *Psicopatología de la adolescencia*. México: Manual Moderno.
- González, B. R., Montoya, C. I., Casullo, m. M. y Bernabéu, V. J. (2002). Relación entre estilos de afrontamiento y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, año/vol. 14, número 002. Pp. 363-368
- González, M. y París, T. (2007). Adolescencia y alcoholismo. *Revista de Salud*. México.
- Lazarus, R; Folkman S y De Longis A. (1986), Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of personality and social psychology*, 50: 571-579.
- Lazarus y Folkman (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lucio E, León I, Duran C, Bravo, E y Velasco, E. (2001), Los sucesos de vida en dos grupos de adolescentes de diferente nivel socioeconómico; *Salud Mental* 24: 17-24.
- Lucio, G.-M., E. y Durán, P. C. (2003). *Sucesos de Vida*. México, Manual Moderno.
- Medina Mora, M. E. (2000). *Evaluación conductual del usuario del Centro de Servicios Psicológicos* Dr. Guillermo Dávila. Tesis inédita. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Moysén, Ch. A. (2011). *Modelo de consumo de alcohol en estudiantes universitarios con respecto a sucesos de vida y estrategias de afrontamiento*. Tesis inédita de doctorado. Universidad Iberoamericana.
- Oblitas, L. y Becoña, E. (2001). *Psicología de la Salud*. México: Plaza y Valdés Editores.

- O'Malley, P. M., Johnston, L. D. Y Bachman, J. G. (1998). "Alcohol use among adolescents. *Alcohol health&research world*. Vol. 22, No. 2
- Rice, (2000). *Adolescencia, desarrollo y relaciones culturales*. Madrid: Prentice Hall.
- Taylor, S. E. (2007). *Psicología de la Salud*. México: McGrawHill.

Datos de contacto del autor:

Alejandra Moysén Chimal (autor principal)

Av. Filiberto Gómez S/N (Carr. Toluca-Naucaipan km. 1.5), edif. Posgrado, Col. Guadalupe. C.P. 50010.

Tel. Oficina (722) 2 72 00 76 Y 2 72 15 18

Correo de contacto y correspondencia:

amoyesen@hotmail.com

Envío a dictamen: 12 de julio del 2012

Aprobado: 27 de septiembre del 2012

"La satisfacción de la necesidad de autoestima conduce a sentimientos de autoconfianza, valía, fuerza, capacidad y suficiencia, de ser útil y necesario en el mundo."

Abraham Maslow

EFECTOS DE LA RETROALIMENTACIÓN ESTRUCTURAL FAMILIAR Y DEL EQUILIBRIO ENERGÉTICO EN ADOLESCENTE DIAGNOSTICADOS CON TDA.

*The Energy Balance and Structural Family Feedback Effects
in Adolescents Diagnosed With ADD*

Jaime Montalvo Reyna (*), Blanca Valencia López (**),
Angélica Pérez Arredondo (**), María Rosario Espinosa Salcido (*)

(*) FES IZTACALA UNAM (**) INFASI ACT

RESUMEN

El objetivo de esta investigación consistió analizar las diferencias en la estructura familiar posiblemente provocadas por la aplicación del sistema LIFE y por la REF en 15 familias con un hijo adolescente de 12 a 15 años diagnosticado con TDA. Todos los jóvenes eran estudiantes de secundaria y preparatoria públicas del Estado de México. El 80% de ellos había sido remitido a terapia psicológica por recomendación de alguno de sus profesores y sólo el 20% por neurólogos. El procedimiento constó de 4 sesiones, en las que se evaluó la estructura familiar y los índices de bienestar familiar, personal y escolar; simultáneamente se aplicó el sistema LIFE (equilibrio energético). Los resultados obtenidos fueron cambios significativos en los índices de bienestar escolar en el caso de los adolescentes, y de pareja en el caso de las madres de familia; además de un decremento en los puntajes de la prueba ADHDT respondida por las madres de los adolescentes, cambios en el nivel de disfuncionalidad familiar y cambios cualitativos reportados por los familiares y los pacientes.

Palabras clave: Trastorno por Déficit de Atención, retroalimentación energética, estructura familiar, bienestar psicológico, disfuncionalidad familiar, retroalimentación estructural familiar, adolescentes.

Investigación apoyada por PAPIIME PE306209, DGAPA - UNAM.

ABSTRACT

The objective of this research was analyze the differences in family structure possibly caused by the implementation of the system LIFE and by the Structural Family Feedback

in 15 families with a teenager of 12 to 15 years diagnosed with Attention Deficit Disorder. All Teens were public middle and high school students in the State of Mexico. 80% of them had been sent to psychological therapy on the recommendation of one of his teachers, and only 20% by neurologists. The procedure consisted of 4 sessions, which assessed the family structure and family, personal and school welfare rates; at the same time the LIFE (energy balance) system was applied. The results obtained were significant changes in the indices of school welfare in the case of adolescents, and partners in the case of mothers; In addition to a decrease in scores on the test ADHDT answered by the mothers of teens, changes in the level of family dysfunction and qualitative changes reported by family members and patients.

Keywords: Attention Deficit Disorder, energy balance, family structure, psychological well-being, family dysfunction, family structural feedback, adolescents.

Research supported by PAPIIME PE306209, DGAPA - UNAM.

INTRODUCCIÓN

El término de Trastorno por Déficit de Atención (TDA) con o sin hiperactividad ha sido el resultado de una gran variedad de investigaciones con instrumentos de diagnóstico cada vez más específicos (Galindo y Villa y cols., 2001; Domínguez, 2008; Moreno y cols., 2010H; Stabio, 2010). De cada una de ellas, la comprensión de este trastorno ha dado explicación a tan sólo una parte de éste, dejando así que conceptos como la inestabilidad psicomotora, hiperactividad, lesión cerebral mínima, disfunción cerebral mínima, déficit de atención, entre muchos otros hayan tomado énfasis en diferentes momentos y campos de estudio (García, 2011).

De manera tradicional, como Moreno, Álvarez y Lobato (2010) lo mencionan, el TDA ha sido considerado y tratado fisiológicamente como un trastorno que padecen los niños en su desarrollo, caracterizado por una disminución del mantenimiento de la atención que puede o no estar acompañado de un aumento en la actividad y que por lo regular llega a presentarse entre los 2 y los 7 años de edad; también suele estar relacionada con la dificultad en el aprendizaje o de trastornos conductuales como la agresividad; es decir, el TDA se caracteriza, "fundamentalmente, por una disminución en el espectro de la atención, por dificultades en el control inhibitorio que se expresa por medio de la impulsividad conductual y cognoscitiva, y por inquietud motora y verbal más allá de la esperada para la edad del paciente" (Galindo y Villa, y cols., 2001:51)

Incluso, los principales síntomas que pueden ser considerados como características de este trastorno son:

- Falta de atención y facilidad excesiva de distracción.
- Inquietud física o hiperactividad.

- Impulsividad excesiva; decir o hacer cosas sin pensar.
- Postergar cosas de manera excesiva y crónica.
- Dificultad para comenzar a hacer tareas.
- Dificultad para completar tareas.
- Perder cosas con frecuencia.
- Falta de habilidades de organización, planificación y gestión del tiempo. Olvido excesivo.

Aún más apegados al campo de lo neuropsicológico, en el DSM IV, los criterios clínicos sobre el TDA se hicieron más específicos, y se incluyeron tres listas de síntomas y tres puntos de corte, tanto para la inatención como para la impulsividad e hiperactividad, permitiendo el diagnóstico de tres subtipos: con predominio de inatención (TDAH-I), con predominio de hiperactividad/impulsividad (TDAH-HI) y combinado (TDAH-C), con síntomas de inatención e hiperactividad/impulsividad. Además, se acepta que el subtipo TDAH-HI puede evolucionar a TDAH-C, y viceversa. (Morrison, 2008)

Con lo anterior, medicamente estarían en vías un tratamiento farmacológico y/o neuropsicológico quienes reunieran 4 condiciones (García, 2011):

1. Por lo menos seis síntomas de inatención y/o seis síntomas de hiperactividad/impulsividad, de acuerdo con los establecidos en el DSM IV.
2. Algunos de estos síntomas aparecen antes de los siete años de edad.
3. Tienen una duración de por lo menos seis meses.
4. Afectan significativamente el funcionamiento en por lo menos dos ámbitos en la vida del sujeto, por ejemplo la escuela y la casa.

Es importante hacer notar que la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que uno de cada tres niños que solicitan atención lo hace por TDAH. En el caso concreto del Hospital Psiquiátrico Infantil de México, la primera causa de atención en la consulta externa es el TDAH. Sin embargo, el sistema de salud nacional es insuficiente para atender debidamente a todos estos niños (Barragán y cols., 2007 y García, 2011).

Estadísticas generales en nuestro país, indican que alrededor del 6% de los niños y jóvenes de 6 a 16 años padece TDAH; es decir, un aproximado de 1'600,000 niños, de los cuales sólo el 8% está diagnosticado y tratado medicamente. En casos leves las personas sólo pueden manifestar deterioro cuando el nivel de competencia escolar aumenta, en cambio las personas con TDAH que no han sido atendidas sufren impactos negativos a lo largo de su vida, entre ellos accidentes, violencia intrafamiliar, resentimiento social, mayores posibilidades de caer en la delincuencia, deserción escolar, preparación deficiente, fracaso laboral, embarazos no deseados o depresión (García, 2011). Estas cifras coinciden con Cáceres y col. (2011) cuando señalan que la

prevalencia mundial que se suele asumir sobre el TDA es del 16,1% cuando se tienen en cuenta solamente los síntomas, y aproximadamente del 6,5% cuando se incluye el criterio de afectación funcional.

Un dato importante, como Huesca (2006, citado en Valencia, 2010) lo señala, es que en el diagnóstico ha resultado que de cada 50 pacientes con TDA, 15 tienen epilepsia del lóbulo temporal, es decir, una descarga del cerebro que puede simular síntomas parecidos a trastorno de conducta con agresividad e impulsividad sin ser estrictamente TDA; y por el contrario, si el niño no manifiesta problemas de conducta nadie se da cuenta que no está aprendiendo, simplemente lo califican como flojo. Así que, no todas las personas que padecen TDA muestran todos los síntomas, ni tampoco toda persona con TDA los experimenta con el mismo nivel de gravedad o discapacidad, lo cual resulta limitante significativamente para su diagnóstico oportuno (Montalvo y cols., 2010).

Por ello, el apoyo que se debería ofrecer a las personas con TDA no debe ser sólo de índole individual, sino que se tiene que contemplar el contexto de factores o circunstancias que rodean al individuo que, de alguna manera influyente, están incidiendo en su comportamiento. Así, cabe señalar la importancia del contexto familiar, dentro del cual el individuo adquiere sus primeras experiencias sociales a partir de su interacción con los demás miembros de este sistema como la escuela y las amistades, entre otros. Pero más allá de eso, son los diferentes sistemas quienes lo perciben y etiquetan como tal. Por ejemplo, en la última década ha sido la visión de los docentes, al perder el control total de la clase, quienes han influido para que los niños y jóvenes hoy sean reportados como TDA (¿no sería este un motivo suficiente para reflexionar en primera instancia sobre el término TDA, seguido de su uso y utilidad?) Un miembro de la familia con características diferentes al promedio mueve al sistema por completo, en la mayoría de las ocasiones logra romper el equilibrio familiar, alterando la manera de relacionarse entre ellos: aparecen más o se disuelven “mágicamente” conflictos entre ambos cónyuges, o entre padre e hijos; alianzas entre algunos miembros, renovaciones o pérdidas de límites y jerarquías, etc.

Desde el campo de la psicología, la terapia familiar es una alternativa para abordar los problemas psicológicos de manera familiar. Este enfoque parte de la idea de que algunas interacciones familiares se correlacionan en la aparición de un síntoma —como puede ser el TDA, o bajo desempeño académico, entre muchos otros— en uno de sus miembros; síntoma que funciona como mecanismo homeostático de las relaciones familiares y que pone de manifiesto que existe una disfuncionalidad que tal vez tenga algo que ver con el crecimiento de todo el sistema; así que para hacer funcionar el sistema, es necesario que la familia tome conciencia de que también forma parte del tratamiento (Montalvo y cols., 2004:4).

El trabajo de Domínguez (2008) sobre el TDAH, es una aproximación sistémica, ya que concibe al TDA como un ciclo sintomático y de patrones interaccionales patológicos que perpetúan el problema y los síntomas. Es decir, desde la terapia breve sistémica, permite tener una visión circular del trastorno, pues se cambia la relación causa-efecto por un análisis sistémico en el cual se detectan los círculos en que caen los síntomas de TDAH y los patrones interaccionales que le son comunes.

Siguiendo con los principios de la terapia familiar, y particularmente con el modelo estructural desarrollado por Minuchin (1989), los trabajos realizados por Montalvo y cols. (2004) han evidenciado que sin la intervención de modelos médicos o despatologizantes, cuando se intenta modificar la organización de la familia, coparticipando con el grupo familiar o incidiendo de alguna forma con los cambios en las posiciones de este grupo, es decir, el contexto inmediato en el que actúan los miembros de la familia; esto a su vez contribuye a que se generen cambios en las percepciones de cada integrante del sistema, lo cual ha sido de gran valor ya que ha permitido evitar un diagnóstico de TDA como un problema individual. Se destacan así dos propuestas resultantes del trabajo del Dr. Montalvo:

a) Entrevistar a la familia para identificar los parámetros estructurales que le dan forma a sus relaciones y realizar un mapa o familiograma de sus interacciones significativas. Posteriormente se le presenta a la familia dicha información asociándola con situaciones problemáticas (Montalvo, 2009). La estrategia de intervención denominada Retroalimentación Estructural Familiar (REF) ha demostrado su efectividad motivacional en el proceso terapéutico, ya que propicia pequeños cambios que ayudan a una serie de intervenciones posteriores adecuadas a cada caso específico, y particularmente en el TDAH (Montalvo, 1999, 2000 y 2009; Ángeles y Ortiz, 2000; Montalvo, Soria y González, 2004; Montalvo, Sandler, Amarante y Del Valle, 2005; Arroyo, 2009; Montalvo, Cedillo, Hernández y Pérez, 2009; Montalvo, Cedillo, Hernández y Espinosa 2010; Valencia, 2010; Sandoval, 2011).

b) Desde el año 2009, con el apoyo del financiamiento del Programa de Apoyo a Proyectos para la Innovación y Mejoramiento de la Enseñanza (PAPIME), de la UNAM, se ha implementado el sistema LIFE como un aspecto teórico-metodológico en la investigación.

El sistema LIFE, creado por el médico homeópata estadounidense Chris Kesser (L.I.F.E System, 2012), aparentemente es capaz de escanear y evaluar en forma precisa el desequilibrio bioenergético del cuerpo y contribuye a balancearlo, además de que puede conducir a una reducción del nivel de estrés con el que llega la persona. La medición realizada por el sistema se basa en la relación entre la “acción y reacción”: acción en el paciente, ya que mediante la aplicación de un cambio a través

de pequeñas ondas electromagnéticas que al compararse con una base de datos preestablecida en el programa, logran identificar el desbalance corporal y reacción al ayudar a la estimulación de la armonía y medir la reacción del cuerpo humano, ya que responde a la provocación de dichas ondas.

El sistema es uno de los primeros en su clase en el que se utiliza el enfoque de “doble testigo ciego”; es controlado por un software instalado en una computadora y conectado al LIFE. Consiste en la emisión de frecuencias electromagnéticas a través de cinco arneses o pequeños cinturones que se colocan alrededor de las muñecas, tobillos y frente. Su principal función es la de proporcionar al cuerpo un equilibrio energético en tres diferentes áreas: física, emocional y espiritual (Montalvo y cols., 2009 y 2010).

Los resultados obtenidos por Arroyo (2009); Montalvo, Cedillo, Hernández y Pérez (2009); Montalvo, Cedillo, Hernández y Espinosa (2010); y Valencia (2010) han mostrado evidencias de la efectividad que tiene la combinación de la terapia sistémica, en cuanto a la REF y del equilibrio energético del sistema LIFE en diversas poblaciones, particularmente en familias con un miembro (niño o adolescente) diagnosticado con TDA, ya fuera el diagnóstico clínico o sólo la percepción de alguno o ambos padres o de algún profesor.

Con base en lo anterior, el objetivo de esta investigación consistió analizar las diferencias en la estructura familiar posiblemente provocadas por la aplicación del sistema LIFE y por la REF en familias con un hijo adolescente identificado con TDA.

MÉTODO

Se realizó una investigación aplicada descriptivo-correlacional, con un diseño cuasi experimental.

Población

Participaron 15 familias con un integrante diagnosticado o percibido (por profesores y autoridades académicas de la escuela) con TDA (PI). Todas las familias asistían por primera vez a recibir atención psicológica, ya fuera por haber sido enviadas por un neurólogo (2 casos) o bien, por recomendación de la escuela en que el PI estudiaba.

De la muestra (adolescentes con TDA), 3 adolescentes correspondieron al sexo femenino y 12 al sexo masculino. El 46.7% de los PI era de 12 años de edad, el 20% de 13 años; el 6.7% de 14 y el 26.7% de 15 años.

El 93.3% estudiaba en escuelas públicas del Estado de México; el 40% eran estudiantes de primer año y el 26.7% de segundo; 6.7% en tercero; 30% en primero de preparatoria y, el 6.7% no estudiaba.

Todos los adolescentes vivían con su familia de origen al momento de llevar a cabo el estudio; 13 familias eran nucleares (86.7%) con un promedio de 5 integrantes y, 2 extensas (13.3%) con un promedio de 16 integrantes.

Instrumentos

- Se utilizó una Guía de Entrevista, (Montalvo y Soria, 2000) diseñada para obtener información sobre la estructura familiar. Esta guía consta de 57 preguntas que sirvieron como pauta para que el entrevistador formulara más preguntas al respecto, con el fin de obtener la información que permita identificar la estructura familiar como son jerarquía, centralidad, periferia, límites, hijos parentales, alianzas y coaliciones. Posterior a la entrevista se realiza un mapa o familograma de sus interacciones significativas. Y finalmente se le presenta a la familia dicha información asociándola con situaciones problemáticas (Montalvo, 2009).
- Se aplicó en cada sesión una retroalimentación energética con el sistema LIFE. Este sistema es un avanzado dispositivo electro-fisiológico de biofeedback, diseñado para ayudar en la reducción del estrés y la relajación muscular, es el único de su clase que ha logrado la German TUV certification of assurance, ISO-13485-2003, de la Unión Europea como un instrumento médico de clase 2A (L.I.F.E. System, 2012). El sistema LIFE emite frecuencias electromagnéticas a través de pequeños cinturones que se colocan alrededor de las muñecas, tobillos y frente del PI. Después de haberse conectado los cinturones, se concreta una primera y breve entrevista sobre datos de nacimiento; seguido de esto, se realiza la evaluación, el software del sistema LIFE cuenta con una base de datos interna de registro de frecuencias relativamente estables sobre más de 6900 ítems separados en 39 categorías. El principio del que parte el sistema LIFE es que cuando el cuerpo humano se altera debido a una situación no condicional en particular, la condición física del PI presenta diferencias (como el tiempo de transmisión de señales eléctricas) en el organismo que pueden ser consideradas como desequilibrio; para notar estas medidas de desequilibrio, el sistema realiza de forma automática una comparación entre los puntajes almacenados en el software y los que en el PI se indican, la correlación se calcula en relación con el elemento dado. Los puntajes en la primera evaluación ocupan un rango del 0 al 2000; mientras que los reportados en los restantes 39 programas presentan un rango menor del 0 al 100.

Dentro de los programas de evaluación y equilibrio, el del Cerebro se utilizó como “intervención” dentro de esta investigación. En este programa se realizan dos niveles de evaluación: primero DA o Déficit de atención y luego de DAH o Déficit de Atención e Hiperactividad (Valencia, 2010). Siguiendo el principio del sistema

LIFE, la intervención consistió en evaluar y posteriormente retroalimentar al PI en estas subescalas de tal forma que lograra acercarse a un puntaje esperado del 100; sin embargo, y considerando las diferencias entre los PI para que dichos desequilibrios aparecieran la limitó la intervención a 3 intentos de rectificación -una por minuto-; es decir, a máximo 3 minutos por sesión o bien a 75 puntos alcanzados en cada ítem.

- Se aplicó a las madres (por ser ellas quienes acompañaron a los adolescentes) el Test Attention Deficit/hyperactivity Disorder Test (ADHDT). Con este instrumento, basado en los criterios del DSM IV, se evaluó el trastorno de déficit de atención en una escala de 36 reactivos, valorando 3 subpruebas: hiperactividad, impulsividad, inatención. Este instrumento fue diseñado por Guillian, J. (1995) y los reportes indican que tiene un nivel de confiabilidad de .90, además de contar con validez de criterio.
- Se aplicaron 4 escalas sobre índice de bienestar: personal (IBP), familiar (IBF) y escolar (IBE) para pacientes identificados; mientras que las madres de los PI se aplicó la escala de pareja (IBP) además de IBP y EBF. Las escalas fueron tipo auto reportes que iban del 0 al 10, donde 10 era alto bienestar mientras que 0 fue nulo bienestar.

Variables

Consideradas como independientes: Equilibrio energético a través del Sistema LIFE e intervención explicación de resultados de acuerdo a la Retroalimentación Estructura Familiar. Consideradas como dependientes: Disfuncionalidad familiar, índices de bienestar.

Hipótesis

La disfuncionalidad familiar se ve reducida y los índices de bienestar que tanto PI como sus madres reporten mejorarán tras la aplicación del equilibrio energético y de la aplicación de la REF.

Procedimiento

Una vez que las familias solicitaron apoyo psicológico, se realizó la entrevista dentro de las instalaciones de una institución privada, sin costo alguno para las ellas, poniendo énfasis en que su participación sería confidencial. Cada sesión tuvo un tiempo promedio de 1 hora 30 minutos.

Finalmente, se trabajaron cuatro sesiones con cada familia, las cuales representaron las fases de este estudio; es importante mencionar que las primeras 3 fases corresponden a las del diseño cuasi experimental tipo A-B-A, y se incluyó la cuarta fase considerando esperar y mantener un mínimo cambio en la variable dependiente a lo largo de las sesiones. La distancia entre fases, tuvo que considerarse de acuerdo a los resultados de trabajos previos como los de Arroyo (2009); Montalvo, Cedillo, Hernández y Pérez

(2009); Montalvo, Cedillo, Hernández y Espinosa (2010); Valencia (2010), en los que la experiencia clínica con el sistema LIFE para relajar al paciente y la aplicación de la REF han demostrado su efectividad, con lo cual para esta investigación se optó por comenzar a probar con espacios de 1 y 2 semanas.

- Fase A: Sesión 1. Después de la presentación del equipo de trabajo a la familia, se separó al PI de su madre. Con ésta última se identificó la estructura familiar utilizando la Guía de Entrevista -REF- de Montalvo y Soria (2007); se aplicaron las pruebas para identificar el TDAH en los pacientes y, se preguntaron las escalas IBP, IBF e IBP (pareja). Mientras que en otro cubículo, al PI se le aplicó el sistema LIFE y se le preguntó por su escala en los índices IBP, IBF e IBE.
- Fase B: Sesión 2, se realizó a los ocho días de la primera entrevista. Se aplicó al PI el sistema LIFE y se le preguntó sobre sus escalas IBP, IBF e IBE. Mientras que a la madre en otro cubículo se le preguntaba los cambios que habían notado en el PI, además de sus escalas en cuanto al IBP, IBF e IBP (pareja).
- Fase C: Sesión 3, quince días posteriores de las segunda entrevista. Se repitió el procedimiento de la Fase A.
- Fase D: Sesión 4, a los 30 días después de la tercera entrevista y 7 semanas de la primera sesión. Se preguntaron las escalas de índice de bienestar tanto a las madres como a PI, pero también se cuestionó sobre los cambios observados tanto en el PI como la estructura familiar. Finalmente, se aplicó nuevamente el sistema LIFE.

Los datos se analizaron con base en el programa SPSS (v.19) para determinar las diferencias significativas obtenidas en la estructura familiar,

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Para este trabajo la variable edad fue considerada como adolescencia y por ser un grupo reducido no se realizaron análisis dependiendo de éstas, como tampoco el género ni tipo de familia, ya los jóvenes estaban viviendo en casa de su familia nuclear; sin embargo, la heterogeneidad del grupo se mostró en otras variables que a continuación se describen.

Prueba ADHDT

Hasta hoy, una de las pruebas de mayor validez y confiabilidad para el diagnóstico del TDA ha sido la aplicación de instrumentos enfocados a las áreas de hiperactividad, impulsividad e inatención, como lo es la ADHDT, que en México ha sido una buena herramienta para el psicodiagnóstico de este trastorno.

En los resultados de esta prueba aplicada a las madres de los 15 adolescentes percibidos con TDA, se obtuvo una diferencia entre la mediana de los puntajes totales entre la sesión de evaluación y después de la intervención.

Tabla 1. Comparación de la mediana de puntaje obtenido en la prueba ADHDT entre la sesión de evaluación y después de la intervención.

Prueba ADHDT	Mediana obtenida		Diferencia de puntos entre ambas aplicaciones
	antes de la evaluación	después de la intervención	
Hiperactividad	8	5	3
Impulsividad	10	6	4
Inatención	15	8	7
Coefficiente ADHDT	33	23	10

Como se puede observar en la tabla 1, hubo una disminución cuantitativa en el reporte que las madres referían acerca del comportamiento de sus hijos (PI). En general, la disminución para el Coeficiente ADHDT fue de 10 puntos, seguido de la Inatención, la Impulsividad y la Hiperactividad respectivamente.

Para identificar si estas diferencias eran significativas estadísticamente, se aplicó la prueba de rangos con signo de Wilcoxon, en la que se encontró que para el Coeficiente TDAH -puntaje total- sí hubo diferencias (.004, $p < 0.05$): al igual que para Hiperactividad (.007, $p < 0.05$) e Inatención (.009, $p < 0.05$); lo que no fue así para la Impulsividad (.072, $p > 0.05$).

Estructura familiar

Comúnmente, la etapa de la adolescencia es difícil para la familia además del joven ya que en ésta las quejas de los hijos hacia los padres al igual que las demandas de los padres hacia los hijos no se dejan esperar pues se encuentran en distintas percepciones sobre sus realidades.

En este trabajo, las aplicaciones de la REF antes de la intervención y durante la segunda evaluación evidenciaron que de las 15 familias atendidas, en 12 de ellas (80%) se reportó al menos un cambio en la estructura familiar, mientras que en 3 casos restantes (20%) no hubo alteraciones, es decir, en 12 familias cuando menos un elemento disfuncional se volvió funcional.

Tabla 2. Reporte de la estructura familiar, antes y después de la intervención.(con $p < 0.05$)

Estructura familiar	Rango de disfuncionalidad		Promedio de disfuncionalidad		Resultados de la prueba de rangos de Wilcoxon
	Inicial	Final	Inicial	Final	
Límites sistema conyugal	1-4	1-4	2	2	.564
Límites sistema parental	1-3	1-2	2	2	.253
Límites sistema fraterno	1-4	1-4	2	2	.083
Límites al exterior del sistema familiar	1-2	1-2	2	2	.083
Jerarquía	1-12	1-12	4	4	.046*
Coaliciones	0-2	0-0	0	0	.317
Hijo parental	0-1	0-1	0	0	.317
Padre en funciones de hijo	0-0	0-0	0	0	1.000
Centralidad positiva	0-5	0-5	2	1	.141
Centralidad negativa	0-8	0-8	4	1	.055
Periferia o semiperiferia	0-3	0-3	6	6	.317
Alianzas	0-7	0-4	2	1	.102
Sobreinvolucramiento	0-5	0-5	2	1	.450
Triangulaciones	0-1	0-0	0	0	.157
Conflictos	0-13	0-13	8	3	.013*

En la tabla 2, se presenta el número de cambios de acuerdo a la estructura familiar que fueron reportados por madres y PI. Sobre la medida de rango en las disfuncionalidades, de las 16 estructuras, sólo en cuatro de ellas se reportan disminución para la etapa final del estudio (límites en el sistema parental, coaliciones, alianzas y triangulaciones); mientras que sobre el promedio de dichas disfuncionalidades, en cinco elementos de

la estructura familiar se presenta cuantitativamente un cambio: centralidad positiva y negativa, alianzas, sobreinvolucramiento y conflictos

Sin embargo, pese a los cambios observados en la tabla anterior, sólo en dos de las estructuras familiares resultan diferencias significativas estadísticas, entre la primera y la última sesión de acuerdo con la prueba de rangos de Wilcoxon: jerarquía (.046, $p < 0.05$) y conflicto (.013, $p < 0.05$). Lo que confirma que cuando el poder se equilibra entre el subsistema parental y el filial, las discusiones familiares van disminuyendo, como ya en sus orígenes Montalvo y Soria (2000) lo habían mencionado.

La prueba de Wilcoxon también mostró diferencias significativas (.022, $p < 0.05$) en cuanto al nivel de disfuncionalidad familiar antes y después de la intervención, es decir, entre la sesión 1 y las siete semanas que se dejaron pasar antes de la última evaluación.

Finalmente, en cuanto a estructura-disfuncionalidad familiar, y particularmente a la percepción que se tenía sobre el hijo adolescente con TDA como paciente identificado no se observaron diferencias estadísticamente significativas, es decir, se mantuvo la idea de que padecía "TDA" sólo que con más atención y mejorías en la escuela que eran notorias para todos los miembros de la familia, siendo éste un cambio radical tanto para el PI como para el sistema familiar.

System LIFE

El Sistema LIFE al igual que la REF fueron instrumentos de apoyo terapéutico para este trabajo, ya que ambos se consideraron influyentes para la disminución de la percepción del TDA para madres y PI así como para las escalas de bienestar ¿Cómo creemos que sucedió esto? Una primera hipótesis es que cuando madres –familia- y PI se encuentran en un estado de bienestar, tranquilidad y relajación, son más atentos a lo que sucede entre ellos sin dejarse llevar por situaciones del entorno; es decir, cuando a la madre se le ha explicado el origen y cómo actúan las relaciones familiares como la estructura y su funcionalidad, se encuentra en una mejor disposición al cambio; mientras que el PI al recibir las ondas de frecuencia que descarga el sistema LIFE también se encuentra con mayor vulnerabilidad para un cambio y para la aceptación del cambio de su propio sistema familiar.

Respecto a los puntajes obtenidos en las evaluaciones, particularmente aplicando el programa cerebro, se obtuvieron medidas de cada una de las sesiones -de evaluación y después de las intervenciones 1, 2 y 3, en las categorías Déficit de atención (DA) y Déficit de atención e Hiperactividad (DAH). La tabla 3 muestra las medianas resultantes para cada una de las categorías, y como se observa, existió una disminución en lo referente al DAH, pero no en TDA.

Tabla 3. Puntaje obtenido para el TDA y TDAH del sistema LIFE, antes y después de la intervención.

	LIFE Prueba de Cerebro por sesión			
	1ra	2da	3ra	4ta
TDA	53	55	57	59
TDAH	62	55	78	54

Los resultados de la prueba de Wilcoxon, indicaron que no existen diferencias significativas comparando la primera y la cuarta sesión en la prueba TDA (.570, donde $p > 0.05$); al igual que para las pruebas de TDAH donde el valor obtenido (.164) fue mucho mayor que $p = 0.05$. Lo que lleva a reconsiderar si el diagnóstico TDA requeriría de instrumentos de mayor precisión que el sistema LIFE (aunque en sí mismo no sea esta su total funcionalidad sino la de disminuir el nivel de estrés) o bien, reflexionar sobre la posibilidad de trabajar más un enfoque sistémico cuando este tipo de problemáticas se presenten, dejar de centralizar la atención sólo a un PI, porque como ya se había mencionado con la REF y con el Test Attention Deficit/hyperactivity Disorder Test (ADHDT), sí hubo cambios importantes tanto en la percepción de las madres como en las estructura familiar.

Escalas de Bienestar

Para esta investigación el auto reporte sobre las escalas de bienestar representó, como lo hace en terapia, el punto máximo de referencia para saber sobre el estado emocional de cada persona; así que, sentirse más cercano al 10 implicó en automático sentirse mejor.

La tabla 4 muestra los puntajes medianos indicados en el auto reporte para cada una de las sesiones, en la que cuantitativamente se puede notar un cambio en el bienestar escolar del PI, y de índice personal y de pareja en el caso de la madre. Lo cual concuerda con las variables antes descritas en tanto la disminución de conflictos y de centralidad negativa en la estructura familiar. Así como aumento en la mejoría de la hiperactividad e inatención, de acuerdo con la prueba ADHDT.

Tabla 4. Puntaje obtenido para el Índice de bienestar antes, durante y después de la intervención.

Índice de bienestar		Antes de la intervención	Después de la intervención 1	Después de la intervención 2	Después de la intervención 3
Adolescente, PI	Personal	8	8	9	8
	Familiar	8	8	9	8
	Escolar	6	8.5	8	8
Madre	Personal	7	8	8	8
	Familiar	8	8	8	8
	Pareja	6	6	8	8

De acuerdo con la prueba de Wilcoxon, la comparación de los puntajes obtenidos antes de la intervención y después de la intervención 3, en cuanto a los auto reportes por los PI adolescentes fueron: escala personal = .621; escala familiar = .215, y escala escolar = .009; siendo esta última la única con diferencias significativas.

Para el caso de los reportes de las madres de los PI, la prueba Wilcoxon arrojó los siguientes puntajes: escala personal = .030; escala familiar = .104, y escala de pareja = .205; de las tres escalas que se muestran se comprueba que las diferencias significativas se presentan para la escala personal, como en la tabla 4 se observa, pero no así para la escala de pareja donde descriptivamente pareciera un cambio importante.

Reporte de cambios del PI

En cuanto a los cambios cualitativos reportados por las madres de los PI, la tabla 5 muestra que el ser “más paciente” ocupa el mayor índice con un 50%, seguido de “ser menos penoso” con un 42.9%; “participativo en actividades domésticas y tranquilo” con un 35.7 para ambas. El porcentaje menor (7.1) fue obtenido similarmente por seis factores: “más independiente”, “más relajado”, “más energía”, “que duerme mejor”, “que realiza tareas escolares” y “más animoso”.

Tabla 5. Conductas reportadas percibidas como cambios por los familiares de los pacientes.

Cambio reportado	% sobre las 15 familias
Más paciente	50.0
Menos pena	42.9
Labores domésticas/ limpiar su cuarto	35.7
Más tranquilidad	35.7
Más atento	28.6
Más alegre	28.6
Más obediente	21.4
Mejor interacción y comunicación en la familia	21.4
Más iniciativa	14.3
Menos peleas en la familia	14.3
Más organizado	14.3
Más independencia	7.1
Más relajado	7.1
Más energía	7.1
Durmió mejor	7.1
Realizó tareas escolares	7.1
Más ánimo	7.1

Dichos resultados concuerdan con la diferencia significativa encontrada en la prueba de ADHDT sobre hiperactividad e inatención, y también con el hecho de que aunque sigue siendo percibido el PI como con TDA, disminuyó el que fuera quien ocupara la centralidad negativa en la estructura familiar.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Respecto a las disfuncionalidades familiares propuestas por Minuchin (1989) se pudo encontrar que en las familias entrevistadas coincidían algunas de las siguientes interacciones: límites difusos en los holones conyugal, parental, fraternal y límites difusos al exterior. Jerarquía que recaía en las madres de familia. Centralidad negativa que recaía en el hijo mayor el cual en la mayoría de los casos era el PI. La no existencia de alianzas parentales. Conflictos entre la madre-padre, el hijo con la madre padre y hermano. Además de sobreinvolucramiento con alguno de los hijos, regularmente el mayor.

Lo anterior se puede contrastar con las investigaciones realizadas por Amarante, M; Sandler, E. y Del Valle, G. (2003) y Montalvo (2009) en las cuales al identificar las disfuncionalidades en la estructura familiar y al compararlas con los resultados estructurales de esta investigación, se observó que coinciden con las estructuras familiares identificadas en las 15 familias.

Respecto a las similitudes encontradas en las familias en cuanto al manejo del TDAH y contrastándolo con el ciclo sintomático propuesto por Domínguez (2008) se encontró que los hijos de estas 15 familias, al ser centrales negativos también era de quien más se hablaba, del que más problemas se reportaban, pasando a formar parte de este ciclo sintomático en el que las críticas o castigos favorecía la repetición del síntoma en diferentes contextos, lo cual sólo ayudó a que los pacientes fueran identificados o "etiquetados", como ya lo habían señalado Cáceres y Herrero (2011), y eso no implicó ni requirió que neurológicamente padecieran el TDAH.

En cuanto a las variables de bienestar psicológico tanto del adolescente como de la madre tuvieron incrementos, señalando los contextos escolares (para el PI) y el personal (para la madre) como los únicos significativos para este trabajo, lo cual no elimina la posibilidad de haber sido influenciados por múltiples factores externos; sin embargo es una línea de investigación a seguir en futuros trabajos parecidos a éste, también es importante aclarar que no hubo diferencias significativas en varias de estas escalas posiblemente porque el nivel observado antes de la intervención ya era alto quedando poco margen para un incremento.

Otro punto a discutir son las medianas de los puntajes evaluados por el sistema LIFE (TDA y TDAH), las cuales al igual que en la prueba ADHDT se vieron disminuidas

después de tres sesiones, a excepción de la subescala de impulsividad, aún y cuando las pruebas estadísticas no hayan resultado significativas. Con ello, lo más importante fue descartar la creencia acerca de los alumnos que se consideraron como pacientes con tal diagnóstico. Respecto al sistema LIFE, es importante mencionar que es un sistema de equilibrio energético, del cual se tienen pocos antecedentes de otras investigaciones para poder comparar los resultados en cuanto a los efectos en la estructura familiar. Sin embargo, se puede relacionar con efectos de diferentes variables como los cambios en las estructuras disfuncionales a funcionales familiares, los cambios cualitativos descritos por los PI y sus familias y los cambios en los índices de bienestar personal, familiar, escolar y de pareja en las madres de familia. Además de poder considerarlo como una herramienta útil dentro de la terapia psicológica, principalmente para el enfoque sistémico.

Es importante aclarar que los puntajes que arroja el sistema LIFE antes de la intervención no indican la presencia de TDA ni de TDAH en la muestra estudiada según los criterios establecidos por algunos investigadores que utilizan el sistema, ya que el criterio es de 75 puntos o más (Kesser, comunicación personal). Lo anterior no indica que los PI no tuvieran problemas en la escuela y la casa, lo que señalan los datos es que tal vez esos problemas no eran "causados" por el TDA o el TDAH lo cual implica cuando menos una reflexión sobre la práctica del diagnóstico fácil realizada por muchos.

Se considera que el equilibrio energético favoreció en al menos un cambio en cualquiera de los niveles que evalúa y equilibra. Permitiendo retomar al sistema LIFE como una herramienta de ayuda para favorecer los cambios en los pacientes, facilitando y promoviendo la utilización de nuevas tecnologías para hacer más efectiva y potencializar la terapia psicológica. Además, con resultados tan favorecedores como éstos, es posible poder evitar etiquetas padecimientos o problemáticas en los diferentes grupos para al menos uno de sus miembros como lo fue el caso del TDA, tan de moda y tan desconocido aún.

Creemos que el uso de herramientas como la REF y el sistema LIFE para el trabajo psicológico de los casos diagnosticados con TDA, puede hoy en día tener un resultado favorable y en breve tiempo, no sólo para el Paciente Identificado sino también determinante para el sistema familiar.

Finalmente queremos resaltar las complicaciones que un diagnóstico equivocado o mal utilizado pueden causar en los niños, jóvenes y sus familias, lo cual queda de cierta manera explícito en este trabajo y gran parte de la ayuda que recibieron las familias que participaron en este trabajo fue para contrarrestar tales efectos.

REFERENCIAS

- Amarante, M; Sandler, E. y Del Valle, G. (2003), “Comparación de la Estructura de las Familias con Paciente Identificado y sin Paciente Identificado Basada en el Modelo Estructural y de Soluciones”. Tesis de Maestría. Monterrey, N.L. Centro de Crecimiento Personal y Familiar, S.C.
- Andrade, M. C. y Montalvo, J. (2006), “Problemas de adaptación de un adolescente: estudio de caso bajo el modelo estructural”. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 9(2): 84-103. Recuperado el 9 de enero de 2012 de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol9num2/vol9n2art5.pdf>
- Ángeles, E. y Ortiz, M. (2000), “Evaluación de la REF como Técnica de Intervención Terapéutica en la Asistencia Psicológica”. Tesis de Licenciatura, México, UNAM, FES Iztacala.
- Arroyo, F. (2009), “Aplicación y Evaluación de Equilibrio Energético como Herramienta Complementaria en el Trabajo del Terapeuta Clínico a través del Biofeedback”. Tesis de Licenciatura, México, UNAM, FES Iztacala.
- Barragán, E.; Peña, F.; Ortiz, S.; Ruíz, M.; Hernández, J.; Palacios, L. y Suárez, A. (2007), “Primer consenso latinoamericano de trastorno por déficit de atención e hiperactividad”. *Boletín Médico del hospital Infantil*, México 64(5):326.343.
- Cáceres, J. y Herrero, D. (2011), “Cuantificación y análisis de la concordancia entre padres y tutores en el diagnóstico del trastorno por déficit de atención/hiperactividad”. *Revista Neurol.* 52 (9): 527-535. Revisado el 10 de febrero de 2012. Disponible en: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/5209/bf090527.pdf>
- Domínguez, J. (2008), TDAH. *La Terapia Breve Sistémica en el Tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad. Un Modelo Bio-psico-social sistémico*. México, CREE-SER.
- Fernández, R. y Carroble, J. (1981), *Evaluación Conductual: metodología y aplicaciones*. México, Pirámide.
- Galindo y Villa, G., De la Peña, F.; De la Rosa, N.; Robles, E.; Salvador, J. y Cortés, J. (2001), “Análisis neuropsicológico de las características

cognoscitivas de un grupo de adolescentes con trastorno por déficit de atención”. *Revista Salud Mental*; 24(004):50-57.

- García, I. (2011), “Asociación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad e impulsividad (TDAH) con accidentes graves frecuentes o únicos en el servicio de urgencias del hospital infantil de Morelia”. Tesis de Pediatría. Michoacán México, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Facultad de Ciencia Médicas y Biológicas.
- Gilliam, J. E. (1995), *Attention deficit/hyperactivity disorder test examiner’s manual*. Austin, TX, Pro-Ed.
- L.I.F.E System. (2012). <http://www.life-sys.com/techworks.html>. Recuperado el 7 de Julio de 2012.
- Minuchin, S. (1989), *Familias y Terapia Familiar*. España, Gedisa.
- Montalvo, J. (1999), “Efectos del uso de la Retroalimentación Estructural Familiar en varias etapas del ciclo vital”. Investigación realizada en la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala, México, UNAM.
- Montalvo, J. (2000), “Los efectos del uso de la retroalimentación estructural familiar en varias etapas del ciclo vital”. Tesis de Doctorado. México, Universidad Iberoamericana.
- Montalvo, J. (2009), *Terapia Familiar Breve*. México, Trillas.
- Montalvo, J., Soria, R. y González, M. (2004), “Análisis sistémico de familias con un hijo adolescente drogadicto”. *Revista de Psicología y Ciencia Social*. 6(2): 3-12.
- Montalvo, J.; Cedillo, N. M.; Hernández, M. G. y Espinosa, M. R. (2010). “Efectos de la terapia breve estructural y del equilibrio energético en niños en edad escolar con déficit de atención: reporte preliminar”. *Revista Alternativas en Psicología*. XV(23): 14-22.
- Montalvo, J.; Cedillo, N.; Hernández, M. G. y Pérez, A. (2009). “Terapia breve sistémica y retroalimentación energética en el tratamiento del trastorno por déficit de atención en niños en edad escolar: un estudio de caso”. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 12(4). Recuperado el 13 abril

de 2012 de <http://www.journals.unam.mx/index.php/rep/rep/article/viewFile/15491/14723>

- Montalvo, J.; Sandler, E., Amarante, M. P. y Del Valle, G. (2005), "Comparación del grado de disfuncionalidad en la estructura de familias con y sin paciente Identificado". *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 8(5): 88-106. Recuperado el 27 de enero de 2011. <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol8num1/art5-n1-05.pdf>
- Moreno, A. Álvarez, M. Lobato, D. (2010), "Déficit de Atención e Hiperactividad en Adultos y Niños. Una revisión". 11 Congreso Virtual de Psiquiatría. Disponible en: <http://www.psiquiatria.tv/bibliopsiquis/bitstream/10401/849/1/11cof2445694.pdf>
- Morrison, J. (2008), *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. México, Manual Moderno.
- O'Hanlon, W. (1990), *En busca de soluciones*. Barcelona, Paidós.
- Sandoval, A. (2011), "Los efectos de la retroalimentación estructural familiar (REF) en diversos problemas psicológicos de los usuarios del consultorio psicológico de la clínica del ISSSTE de Valle Ceylan". Tesis de Licenciatura, México, UNAM, FES Iztacala.
- Stabio, S. A. (2010), *Todos con ADD!* 11 Congreso Virtual de psiquiatría. Disponible en: <http://www.psiquiatria.tv/bibliopsiquis/bitstream/10401/849/1/11COF945297.pdf>
- Valencia, B. (2010), "Evaluación del papel de la familia y del equilibrio energético en pacientes con TDA de 12-15 años". Tesis Licenciatura. Tesis de Licenciatura, México, UNAM, FES Iztacala.

Envío a dictamen: 2 julio 2012

Reenvío: 8 de agosto del 2012

Aprobado: 30 de agosto 2012

Un buen navegante no se define por la capacidad de escoger los vientos con los que quiere navegar sino por la capacidad de manejar con eficacia los vientos con los que se encuentra.
(J. Ferrès (2000) *Educación para una cultura del espectáculo*. Barcelona: Paidós)

COLABORADORES

Patricia Balcázar Nava

Profesora-Investigadora de tiempo completo de la UAEMex desde 1992. Doctora en Investigación Psicológica por la UIA, realizó una Estancia Posdoctoral en la Universidad de Barcelona, España, en el Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics de la Facultat de Psicologia.

Docente en el nivel preparatoria, licenciatura, diplomatura y maestría de diferentes programas para la UAEMex, del ITESM, en el Centro Universitario de Ixtlahuaca, en la Universidad Vasco de Quiroga y profesora invitada en la Universidad Veracruzana.

Líneas de investigación en psicología de la salud, adolescencia, personalidad y salud mental, tanto con abordaje cualitativo, como cuantitativo y metodología mixta, cuyos resultados se han publicado en artículos de investigación en revistas académicas nacionales e internacionales arbitradas e indexadas, así como en foros de investigación nacionales e internacionales y con publicaciones de libros y capítulos de libros editados por la UAEMex y por otras casas editoriales. Pertenece al Cuerpo Académico "Clínica y Familia", registrado ante la Secretaría de Educación Pública desde 2002. Miembro del Proyecto Multicéntrico Dilema, capítulo México, con sede en la Universidad de Barcelona (Dr. Guillem Feixas Viaplana) y la Universidad Nacional de Educación a Distancia (Dr. Luis Ángel Saúl). Miembro de la Mesa de trabajo Psicología de la Salud, dentro del Consorcio de Universidades

Mexicanas, desde 2008 a la fecha. Miembro de la Cátedra de Psicología de la Salud en la Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud (ALAPSA), desde 2010. Correo electrónico: pbalcazarnava@hotmail.com

María Rosario Espinosa Salcido

Licenciada en Psicología, UNAM; Maestra en Orientación y Terapia Familiar-ULA, y Doctora en Investigación Psicológica, UIA. Especialidad en Terapias Breves, Instituto Mexicano de Terapias Breves. Diplomada en evento Internacional en Terapia Familiar Sistémica, CEFAP. Diplomada en Terapia Breve, CAIPSI -afiliado al Mental Research Institute, Palo Alto, Cal.-; y en Terapias Narrativas, ILEF. Profesora Asociada "C", Definitiva TC- en la FESI-UNAM; Tutora, Supervisora y Ponente en el Programa de Maestría y Doctorado Residencia de Terapia Familiar. Responsable Académica, de los Diplomados en Psicoterapia Familiar Sistémica y Psicoterapia Sistémica de Pareja. División de Educación Continua en la FESI-UNAM. Profesora invitada por universidades e institutos nacionales y extranjeros. Fundadora y miembro del Consejo Editorial de la revista Alternativas en Psicología de AMAPSI. Ex editora de la revista Psicoterapia y Familia. Editora General de la revista Psicología y Ciencia Social de la FES Iztacala y del Colegio de Psicólogos. Miembro del comité editorial de revistas internacionales (OMNIA, Venezuela; ULAPSI, Latinoamérica). Autora de diversos artículos en revistas y capítulos en libros especializados.

Correo electrónico: resolv@servidor.unam.mx

Juana María de la Luz Esteban Valdés

Licenciada en Psicología por la Facultad de Ciencias de la Conducta en la Universidad Autónoma del Estado de México; cursó la Especialidad de Orientación en Educación. Obtuvo el Grado de Maestra en Planeación y Evaluación de la Educación Superior en la misma universidad. Cursó el Diplomado de Tutoría, impartido por la Universidad de Guadalajara. Se curso el diplomado de Diseño Curricular. Ha participado y publicado Ponencias que se han presentado en diversos eventos académicos estatales, nacionales e internacionales como el CNEIP, AMAPSI, AMEPSO, Asociación mexicana de psicología, etc. , relacionadas con tutoría, valores, adolescencia, consumo de alcohol, afrontamiento, sucesos de vida, y evaluación entre otras temáticas. Instructora y participante en cursos de actualización.

Coautora del libro de Orientación Vocacional, publicado por la misma universidad. Se ha desempeñado en la Facultad de Ciencias de la Conducta en la Jefatura de Planeación y Evaluación Institucional, en la de Seguimientos de Proyectos de Investigación, Desarrollo y Evaluación de Personal Académico, Jefa del Área Educativa, Coordinadora del Programa de Tutoría, Coordinadora de la Unidad de Planeación y Evaluación. Actualmente profesor investigador. En el año 2003, obtuvo el reconocimiento Presea a la Mujer Académica Universitaria por la Universidad Autónoma del Estado de México.

Correo electrónico: juanita_esteban@hotmail.com

Guillem Feixas Viaplana

Catedrático del Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament psicològics de la Facultat de Psicologia de la Universitat de Barcelona. Coordinador del proyecto multicéntrico Dilema, director de varios programas en posgrado. Entre sus múltiples publicaciones destacan como coautor Psicoterapia constructivista: un mundo centrado en dilemas. Braga: Psiquilibrios editores, 2009, Constructivismo y psicoterapia. Bilbao: DDB, 2000

Correo electrónico: gfeixas@ub.edu

Julieta Garay

Licenciada en Psicología (UNAM). Maestría y doctorado en Psicología por la Universidad Iberoamericana. Especialidad en desarrollo infantil y educación especial en la infancia temprana por el Austin Community College.

Ha trabajado en varios proyectos de investigación como Relación entre el estrés, estilos de afrontamiento, síndrome de Burnout y Satisfacción Laboral; Variables asociadas a la salud mental y su relación con el rendimiento escolar entre adolescentes y Estrés, depresión y estilos de afrontamiento en pacientes con enfermedades crónicas degenerativas.

Tiene publicaciones como Satisfacción laboral y funcionamiento laboral, Mujeres ante situaciones de estrés, La enfermedad de Alzheimer y el apoyo tanatológico, Profesora investigadora de la Facultad de Ciencias de la Conducta de la Universidad Autónoma del Estado de México. Coordinadora del programa de la Maestría en psicología.

Correo electrónico: julietagaray@yahoo.com

Gloria Margarita Gurrola Peña

Doctora en Psicología por la Universidad Iberoamericana, docente en programas de nivel medio superior, licenciatura y posgrado. Líder del cuerpo académico Clínica y Familia de la Facultad de Ciencias de la Conducta de la UAEM, donde centra su trabajo de investigación en el área de violencia. Ha escrito múltiples publicaciones entre las que destaca como coordinadora de Emoción y conflicto en los universitarios de hoy, Adolescentes del siglo XXI (2009) en la Universidad de Guanajuato y Universidad Autónoma del Estado de México. Es editora invitada de la Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México

Correo electrónico: mgurrolaunid@hotmail.com

Jaime Montalvo Reyna

Licenciado en Psicología, Maestro en Modificación de Conducta y Especialidad en Terapia Familiar Sistémica, UNAM. Doctor en Investigación Psicológica-UIA y candidato al grado de Doctor en Sociología por la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la UNAM. Profesor titular "B" Tiempo Completo en la FESI-UNAM. Docente en nivel licenciatura, maestría y doctorado por más de 27 años. Responsable de proyectos

institucionales de investigación con asignaciones financieras. Fundador y Editor General de la revista *Psicología y Ciencia Social*; además Fundador y Editor Asociado de la *Revista Electrónica de Psicología Clínica Iztacala*, y de la revista *Psicología del Valle de México*. Ponente en diversos eventos científicos y académicos nacionales e internacionales; autor de artículos en revistas y de 2 libros, coautor de capítulos de libros especializados; asesor de más de 45 de tesis de licenciatura, maestría y doctorado. Ha ejercido la práctica clínica desde hace 35 años y es co-fundador de INFASI ACT (Instituto Familiar Sistémico, Asesoría, capacitación y Terapia Familiar).
Correo electrónico: mrj@servidor.unam.mx

Alejandra Moysén Chimal

Licenciada en psicología y maestra en psicología clínica por la Universidad Autónoma del Estado de México. Doctora en Investigación Psicológica por la Universidad Iberoamericana. Profesora de tiempo completo de la UAEMéx, pertenece al cuerpo académico "Clínica y Familia", donde centra sus trabajos de investigación sobre psicología de la Salud. Actualmente tiene registrado un proyecto de Acoso Escolar, autoestima, depresión en niños de primaria y secundaria. Perfil PROMEP desde 2004. Directora de la Facultad de Ciencias de la Conducta de la UAEMéx durante el periodo 2006-2010. Entre sus publicaciones se encuentran los libros de texto *Teorías de la Personalidad*, *Investigación Cualitativa*, *Emociones y Conflictos de los Universitarios de Hoy*, editados por la UAEMéx. Ha participado con resultados de investigación en congresos a nivel nacional e internacional y ha publicado artículos de investigación en diferentes revistas científicas.

Correo electrónico: amoysen@hotmail.com

Raúl Percastre Miranda

Licenciado en Psicología por la Facultad de Ciencias de la Conducta en la Universidad Autónoma del Estado de México.

- Diplomado en Psicología del deporte por la Facultad de Ciencias de la Conducta.
- Maestro en Psicología clínica por la Universidad Autónoma del Estado de México en la Facultad de Ciencias de la Conducta con mención honorífica, Diplomado en Estudios Avanzados (DEA) en el área de Psicología del deporte por la Facultad de Educación Física en León y Castilla, España.
- Doctorante en Ciencias de la actividad física y el deporte por la Universidad de León, España.

Participación y publicación de ponencias presentadas en eventos académicos estatales y nacionales como el Consejo Nacional de Enseñanza e Investigación Psicológica (CNEIP); Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología (AMAPSI); Asociación Nacional de Psicólogos (ANP); Sociedad Mexicana de Psicología (SMP); Sociedad Mexicana de Psicología del Deporte y de la Actividad Física (PSIDAFI).

Ponente con temáticas sobre: Consumo de alcohol en estudiantes universitarios; Sucesos de vida en estudiantes de nivel medio superior; Estilos de afrontamiento en estudiantes de nivel medio superior; Valores en estudiantes de educación superior; Trastornos de la alimentación en adolescentes de nivel medio superior; Afrontamiento y síndrome de burnout en deportistas mexicanos; Hábitos de estudio; Adolescencia; Toma de decisiones, entre otros.

Obtención de la presea Josafat Pichardo en 1993 por la Universidad Autónoma del Estado de México.

Obtención de la presea Ignacio Manuel Altamirano en 2007 por la Universidad Autónoma del Estado de México.

Correo electrónico: percascanelo@yahoo.es

Angélica Pérez Arredondo

Licenciada en Psicología y Maestra en Psicología Educativa, UNAM. Diploma en Filosofía, en Terapia Familiar Sistémica y en Hipnosis Clínica Ericksoniana. Certificada en Evaluación Educativa por la OEI y en Teaching and Learning in Higher Education por Laureate International Universities. Trabajó en el área de investigación curricular y educativa; fue Coordinadora Institucional de Evaluación Educativa de la UVM. Docente en el nivel medio superior y superior en instituciones públicas y privadas. Cuenta con publicaciones de artículos en revistas, manuales y capítulos de libros; y ha participado en congresos y coloquios como ponente. Colabora en INFASI ACT desde el año 2007 como terapeuta, docente y Directora de Gestión Académica.

Correo electrónico: angelicap@infasi.com.mx

Blanca Leticia Valencia López

Licenciada en Psicología de la FESI-UNAM. Diplomada en Desarrollo Gerencial de Calidad en Sistemas de Salud Hospitalaria; en Hipnosis Clínica Eriksoniana; y, en Terapia Familiar Breve Sistémica. Ha participado en diversos cursos sobre atención clínica a niños, adolescentes y parejas. Ha sido Gestora de Calidad en sistemas de salud participando en la elaboración de manuales de procedimientos. Ha brindado asesorías para el proceso de certificación de instancias de salud. Es terapeuta familiar sistémica en INFASI ACT, y asistente administrativo en Salud A-8 en el ISSSTE

Correo electrónico: blanca_vlopez@hotmail.com

RESEÑAS

Gloria Margarita Gurrola Peña, Patricia Balcázar Nava y Alejandra Moysén Chimal (Coord.) (2011)
Emoción y conflicto de los universitarios de hoy.
Toluca: Universidad Autónoma del Estado de México

Todo conocimiento está construido por una teoría y sostenido por la técnica que intenta validar los resultados al compartirlos con los de otros profesionales e investigadores. De ahí la importancia de realizar investigación psicológica (como se recalca en el prólogo) hoy en día, ya que de esta forma se desarrolla mayor conocimiento, por lo que podemos prestar atención a las diversas problemáticas de los jóvenes estudiantes mexicanos, que viven a diario. Esas problemáticas generan a veces deficiencias e insuficiencias en relación a la sociedad activa de la que forman parte. Esas preocupaciones dan lugar a un desafío de la comprensión del estudiante en su desarrollo al observar lo que sucede en sus relaciones familiares en particular y en el entorno de la tareas vitales de su caminar hacia la madurez en general. El alcohol, la delincuencia, la violencia con la que conviven, la depresión pone a prueba la capacidad psíquica para hacer frente a los conflictos que aquejan a una parte de los jóvenes universitarios.

El trabajo perseverante de un psicólogo que hace investigación es aportar con sus hipótesis distintos conocimientos de una nueva visión de los hechos para que estos puedan tener algún tipo de solución y sean accesibles a aquellos que tengan interés en el mismo tema, usar esta información libremente y aplicarla para tener una mejor perspectiva de los hechos vividos como conflictivos en los estudiantes y no solo hacer que se sobrelleven sino hacer una transición hacia otras formas de vida más congruentes con la salud.

En el capítulo 1 “Emociones y salud en la adolescencia” se estudian las relaciones entre el estrés (se toman en cuenta diferentes estresores), la ansiedad (se mencionan diversas modalidades), los recursos de afrontamiento y síntomas resaltando la importancia del manejo de las emociones para el estado de salud/enfermedad. Los estresores fueron de tipo personal y social. El afrontamiento es un mediador importante entre los sucesos de la vida y la emoción negativa de la ansiedad. Hay una relación entre ansiedad y síntomas psicofisiológicos, ansiedad y estilos de enfrentamiento disfuncionales y entre estos últimos y síntomas psicossomáticos.

En el capítulo 2 “Bienestar psicológico: su medición y descripción en el adolescente” se hace una medición, descripción y comparaciones por género del aprovechamiento académico y rango de edad, previa adaptación de la Escala de Bienestar Psicológico. El bienestar psicológico sirve como un indicador positivo de la relación consigo mismo y su medio. En el nivel elevado hay predominancia de los afectos positivos sobre los negativos, una experiencia de satisfacción con la vida. Los factores de la Escala de Bienestar Psicológico son la autoaceptación, las relaciones interpersonales, la autonomía y la satisfacción con la vida.

En el capítulo 3 “Consumo del alcohol en adolescentes” se abordan actitudes hacia el consumo de alcohol en adolescentes, que se relacionan con las emociones intensas que experimentan p. e. desinhibirse ante situaciones de carga emocional positivas o negativas, relajarse, olvidar problemas (su principal uso como evasión de la realidad). Interesante es el dato de que las mujeres tienden a consumir más cantidad que los varones. El ser irregulares en los estudios y tener un estado civil diferente al de solteros son indicadores que se presentan con mayor frecuencia en los consumidores.

En el capítulo 4 “El estrés como suceso de la vida en los cambios conductuales de adolescentes” los autores afrontan los sucesos de vida en general y los problemas de los adolescentes en particular más allá de la maduración sexual. No todos pueden llevar a cabo el ejercicio de transición de niñez a la adultez que es más que solo una etapa del desarrollo, los adolescentes viven un duelo de cambio involuntario de un estadio psíquico confortable a otro menos tranquilo haciendo que vivan desajustes enfrentándose con los “cuatro grandes problemas de la adolescencia”: el abuso

de drogas, la delincuencia, el embarazo y los problemas académicos. Los retos importantes tienen que ver con los procesos fisiológicos, cognoscitivos y emocionales, que impactan de manera diferente a mujeres y a hombres. Las dificultades en el área familiar conservan una relevancia especial.

En el capítulo 5 “La violencia en el noviazgo” las autoras llaman la atención sobre un problema social desapercibido a pesar de la alta incidencia y severidad, que no se espera, pues la violencia contrasta con los propósitos de la fase de noviazgo, que no se halla tipificada como un delito y solo es reconocida como un problema social, haciendo este hecho aun más grave por la omisión, porque es un hecho que lo vemos tan cotidiano que lo hacemos ya parte de nuestra realidad y no se puede escapar de esta tan fácilmente. Esta investigación alerta sobre problemas graves que requieren atención en diversos niveles de la sociedad.

El capítulo 6 “La depresión en un grupo de adolescentes universitarios y el bajo rendimiento escolar” investiga la autora que los jóvenes estudiantes de hoy en día tienen una fuerte tendencia a la depresión, que se muestra más en las mujeres que en los hombres, también más en las personas que viven solas. Dado los efectos dañinos de la depresión en la vida de los adolescentes, sobre todo por el riesgo suicida, es imperativo que los profesionales conozcan los resultados de estos estudios y tomen las medidas para una detección oportuna, lo que es difícil pues a veces la depresión aparece de manera enmascarada y sea posible una canalización adecuada para el mejoramiento de la salud de los adolescentes.

Por último y no menos importante en la investigación el capítulo 7 “Estrategias de afrontamiento de los adolescentes” los autores presuponen que los adolescentes están sometidos a gran estrés en sus vidas y que emplean métodos pocos adaptativos y con resultados precarios como la distracción y el ignorar los problemas. Las mujeres tienden a implantar estrategias de apoyo social, focalización en la emoción y de enfoque a los problemas, mientras que los varones usan preferentemente estrategias cognitivas, diversiones relajantes y distracción física. Las personas mayores puntuaban más alto en el afrontamiento activo.

Concluyendo con la revisión de este libro me gustaría hacer una breve aportación sobre la importancia de distinguir algunas de estas problemáticas y no confundirlas con “apatía” en los jóvenes, inactividad y desinterés, generadas por una convicción que los haga actuar en beneficio propio y no necesariamente como lo esperaría la sociedad, de ahí la importancia de seguir generando conocimiento e investigaciones de este tipo para contrarrestar esa “apatía”.

Los temas desarrollados (estrés, depresión, violencia, emoción, salud, alcohol) en este libro por un grupo de investigadores son de suma importancia para otros investigadores para confirmar, refutar o continuar con estas líneas sistemáticas de estudio, para otros profesionales que tienen que ver con los adolescentes y necesitan de la comprensión de sus dificultades y de fortalecer formas de prevención y de ayuda en la superación de los obstáculos en el largo camino del desarrollo en la tarea de desprenderse de la infancia y progresar hacia la madurez. Como se indica en la introducción la soledad del laberinto refleja la vida de los adolescentes y por supuesto la de los investigadores.

Moisés Fernando Balcázar Becerra, candidato a Maestro
Psicólogo, psicoterapeuta e investigador.
Universidad Autónoma de Zacatecas

“Pero un verdadero guerrero de la luz sabe que cada jardín tiene sus misterios y solo la mano paciente del jardinero es capaz de descifrar” (P. Coelho (1997) Manual del guerrero de la luz. México: Grijalbo, p. 147)

José Manuel Bezanilla Sánchez Hidalgo (2011) Sociometría: un método de investigación psicosocial. México: Editorial PEI

<http://books.google.com.mx/books?id=gJfSUauThKIC&printsec=frontcover&dq=SOCIOMETR%C3%8DA+UN+METODO&source=bl&ots=efohr5J72E&sig=vpJRwiQxdT-wljpwBvMahwd1hal&hl=es&sa=X&ei=O6M7UISZN7O02AXjy4Aw&ved=0CC0Q6AEwAA#v=onepage&q=SOCIOMETR%C3%8DA%20UN%20METODO&f=false>

Comprender al sujeto dentro de las sociedades posmodernas es un reto para los estudiosos de la psicología social, sociología, antropología social, historia social, etnopsicología, pedagogía, entre otros; quizá el problema radica en la frontera de las perspectivas teóricas y metodológicas que no puede asir la evidencia empírica de los nuevos procesos sociopsicológicos que se están elaborando dentro de los grupos sociales y comunidades. Las propuestas pueden ir y venir pero no encontrarán eco si no hay un cambio en la posición epistemológica desde donde se mira el objeto, eso implica un trabajo profundo de reflexión que renueve el espíritu de una época y abra opciones; de ahí la importancia de esta obra que se intitula Sociometría: un método de investigación psicosocial de José Manuel Bezanilla Sánchez Hidalgo. En este texto se entiende el método sociométrico como una posibilidad de mostrar el proceso sutil que se entreteje entre los sujetos y los grupos sociales, evitando reducirlo a la aplicación de un método o una técnica.

La advertencia de nuestro autor en su introducción es indispensable, por eso creo necesario poner énfasis en la primera parte del texto donde se presenta la fundamentación epistemológica y metodológica de la sociometría a través de un análisis exhaustivo del pensamiento moreriano comenzando por contextualizar históricamente las ideas que permiten el nacimiento del método sociométrico. Bezanilla menciona que Moreno había vislumbrado la riqueza de la sociometría como método que nos aproxima hacia el proceso de integración de los grupos, el proceso de identidad y pertenencia del sujeto dentro de su grupo a partir de una necesidad psicosocial de su época; aunque esto sólo es un pequeño destello de la riqueza explicativa y metodológica que ofrece la sociometría pues ésta nos aporta elementos para indagar sobre la construcción de la conciencia e inconsciente grupal, la psicodinamia grupal, la genealogía de los grupos, la intencionalidad o thelos grupal, entre otros, que posibilita el surgimiento del yo y el nosotros.

El poder metodológico de la sociometría no queda el quantum, invita a una lectura profunda del proceso grupal; cierto es que la medición es la puerta de acceso pero no su punto de llegada, los deseos de nuestro autor es presentar la medición sociométrica en tiempo real y vivo, es decir, aboga por una vivisección y no una disección grupal. Por esto es que nuestro autor desarrolla ampliamente nociones esenciales que definen la manera de abordar el proceso grupal para evitar malos entendidos. El

proceso grupal es espontáneo, los grupos tienen una energía y una dinámica que regula su constitución y desarrollo, estas propiedades permiten crear soluciones ante situaciones y circunstancias que siempre desembocan en actos inusuales e inesperados que transforman la realidad grupal: la creatividad grupal. En este sentido un grupo social es un proceso continuo que se crea y recrea constantemente a partir de las interrelaciones de sus miembros, pero no como una suma de propiedades individuales sino como una propiedad emergente del proceso grupal: los sujetos son los mismos pero diferentes en los diversos grupos sociales.

La vida en grupo nos dice nuestro autor tiene una intencionalidad que pasa desapercibida, cualquier grupo social debería velar por el desarrollo de sus integrantes y del grupo en sí mismo y no automatizar acciones y prácticas que rarifican y aletargan la sociodinámica o proceso socioafectivo interpersonal. En otras palabras, el grupo social tiene que evolucionar para seguir existiendo, cambiar y crecer, moverse fuera del equilibrio sin estancarse, en caso contrario se firmará su desintegración. Entonces, la sociometría debe entenderse como un método que logra asir la fuerza y dinámica de los grupos sociales decantando los aspectos sutiles que constituyen la trama grupal.

Otros dos conceptos son claves para entender la genealogía grupal: La telé y el rol. La primera se refiere a la posibilidad del encuentro y reencuentro entre dos o más individuos, no basta coincidir en espacio y tiempo para formar grupo, se necesita construir un vínculo afectivo que permita la aparición del nosotros, lo que algunos antropólogos denominan el espíritu del grupo; la telé alimenta el sentimiento de pertenencia y el desarrollo de la identidad grupal, abre la trayectoria o senda grupal y dirige el rumbo que por donde transite el grupo. Por eso podemos movernos como un solo cuerpo, pensar, actuar y ser revisntir como un nosotros y no como entidades interactuantes; la telé expresa la armonía y resonancia del grupo justo como una melodía.

El rol moreniano tiene alguna connotación con la idea ortegiana “yo soy yo y mis circunstancias”; Moreno afirma que el sí mismo es inaprehensible y que sólo se muestra cuando el individuo es a partir de una circunstancia y contexto, justo como en el teatro donde se requiere de una personificación y no representación del papel, además para entender el rol es vital no abstraerlo de su situación vivencial, por tanto el rol siempre es simbólico, adquiere diversos sentidos (intencionalidad y significado). Esto sugiere que la personalidad de un individuo es fluida y cambiante según los espacios y tiempos existenciales, incluso un rol no es aislado sino que tiene como condición de posibilidad un contra-rol o un otro que defina el reconocimiento del rol a partir de la otredad, o en términos buberiana: el yo-tú.

Entre otras cosas, hay una propuesta teórica-conceptual bastante potente en nuestro autor, el grupo social se convierte en condición de posibilidad, es decir, el encuentro como apertura de existencia es el fundamento para la constitución del yo; en estos términos, el nosotros sería la referencia léxico-ontológica del hombre porque “sólo puedo ser yo cuando me reconozco en ti al tiempo que tú me reconoces, pero para eso tienes que reconocerte en mí, reconociéndote a ti”.

La visión que nuestro autor propone de la sociometría es interesante, sin mostrarse ajeno a la época que nos ha tocado vivir, plantea una mirada del grupo que podría inscribirse dentro del paradigma de la complejidad. El grupo puede entenderse como una red autopoiética que produce y mantiene sus componentes y propiedades, y que constantemente está fuera del equilibrio, bifurcándose en nuevos senderos y patrones de organización que posibilitan el desarrollo e historicidad del grupo. Un grupo social adquiere su peculiaridad a partir de los elementos y la función que éstos realizan dentro del proceso grupal; es importante advertir que no se trata de un reduccionismo, el grupo permite la diferenciación de sus integrantes a la vez que consolida la identidad y pertenencia grupal.

Posiblemente esto parezca una tensión a nivel conceptual pero no es así, nuestro autor intenta asir con gran astucia la trama grupal que se entreteje, por un lado, el grupo tiene un espíritu que es alimentado por los individuos y su entendimiento mutuo, esto permite identificar cuando un miembro sale y el grupo es el mismo pero diferente; por el otro, el grupo decanta las posibilidades de ser de sus miembros, por eso podemos decir que tal o cual individuo pertenece a cierto grupo. Por eso la medición sociométrica apunta hacia una configuración grupal determinada, es decir, el grupo y sus miembros en un contexto histórico-social; la medición por tanto es sin pretensiones de generalización independiente del momento y continuum grupal. Lo anterior implica una participación del sociometra desde adentro-afuera, es decir, como observador participante, entrando en contacto con la realidad grupal con todo su ser para objetivar lo subjetivo y subjetivar lo objetivo; siendo “consciente de toda la gama de roles que posee el individuo por medio de una intensa y profunda formación psicodramática” que permite el posicionamiento del sociometra y decanta la mirada y el lugar desde donde dará cuenta de la realidad grupal a estudiar.

Así, el sentido de la sociometría no está en el metrum, éste es sólo una herramienta para la exploración de las relaciones interpersonales, lo importante es el encuentro y el desarrollo espontáneo en el hombre; dicho de otra manera, explorando las posibles elecciones y rechazos de un individuo que evidenciaría la red afectiva o telé presente en el grupo en un momento dado y a partir de esto producir una acción consciente de movimiento dentro del grupo para recrearse continuamente. Los datos obtenidos son una representación estructural que apunta a descifrar el proceso dinámico del

grupo social, y justo esto es lo importante, la lectura de la matriz sociométrica y el sociograma debe aproximarnos al proceso de constitución grupal a partir del espacio tiempo, contexto y circunstancia; lo mismo puede decirse de los criterios e indicadores sociométricos, muestran en un punto espaciotemporal la trama grupal entre los miembros, las redes de interacción y los vínculos afectivos.

En la segunda parte del libro Bezanilla presenta la aplicación del método sociométrico resaltando aquellos aspectos que permiten una mejor comprensión del método y las maneras en que fue aplicado. No abundaré en esta parte porque prefiero dejárselo al lector, siguiendo con la intención de nuestro autor; que sea el lector quien se acerque a la lectura de los estudios con una firme y clara referencia de la postura epistemológica, teórica y metodológica de la sociometría. El lector a estas alturas ya está preparado para aproximarse hacia el método sociométrico, su viaje por esta segunda parte del texto no será un andar ciego o con muletas que confundan y yerre el camino que la sociometría puede trazar en el estudio de los grupos sociales.

Juan Elías Campos García

Licenciado en Psicología por la FES Iztacala y Maestro en Filosofía por la FFyL, UNAM. Académico Investigador de Tiempo Completo de la Universidad del Valle de México Campus Hispano, Miembro del Sistema Mexicano de Investigación en Psicología, y Miembro del Proyecto Cuerpo de la FES Iztacala UNAM.

CRITERIOS EDITORIALES

para la aceptación de colaboraciones

La Revista de Psicología Nueva Época 2 de la Universidad Autónoma del Estado de México es una publicación semestral arbitrada de carácter académico, científico, editada por la Facultad de Ciencias de la Conducta de la UAEM, sobre temas relevantes de Psicología, Educación, Trabajo Social y disciplinas afines que signifiquen un avance en las disciplinas y profesiones mencionadas, que reflejen la práctica profesional, la docencia e investigación sobre todo de los cuerpos académicos de la Facultad. La Revista se dirige a los profesionales de Psicología, Educación y Trabajo Social, a los docentes, a los estudiantes en formación y a los exalumnos. Su propósito es promover el pensamiento, la reflexión y la investigación. Los objetivos son comunicar los avances de la investigación para la actualización de los profesionales interesados y favorecer la vinculación de los investigadores, de éstos con los docentes y de todos con los estudiantes. Se publican dos números al año en junio y en diciembre en formato electrónico e impreso.

Criterios de contenido

1. Las colaboraciones que sean puestas a consideración para su publicación, serán

- resultado de investigación, ensayos científicos, estudios de caso, análisis teóricos y metodológicos. Se aceptan reseñas de investigación, de tesis y de libros.
2. Todas las colaboraciones deben ser originales y no haber sido publicadas con anterioridad o estar consideradas al mismo tiempo a dictamen para su publicación en otros medios. Se debe firmar una carta sobre este asunto asegurando la originalidad incluyendo nombres de los autores, domicilio, afiliación, teléfono, correo y título del trabajo.
 3. Los trabajos de investigación empírica deben conservar los datos crudos durante los tres años siguientes a la publicación.
 4. Hay que incluir un resumen con 5 palabras clave, esto en español e inglés, con una extensión entre 100 y 200 palabras, que describa tema, objetivo y principales características del artículo. El título del trabajo debe estar en español e inglés.
 5. Los autores deben conceder la Propiedad de los Derechos de Autor a la Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México para que las colaboraciones puedan ser reproducidas, comunicadas, transmitidas y distribuidas en cualquier forma o medio para fines culturales, científicos o de divulgación sin fines de lucro. Los autores deben firmar la Cesión de la Propiedad de los Derechos de Autor.

Proceso de revisión

6. Las colaboraciones serán sometidas a una revisión anónima por pares especialistas en los temas bajo la modalidad de doble ciego. Los dictaminadores no conocen los nombres de los autores de las colaboraciones ni estos a los dictaminadores.
7. Las colaboraciones se envían por la dirección de la Revista a dos dictaminadores que en un tiempo determinado darán su dictamen por escrito. El dictamen tiene como resultado tres opciones: aceptación, rechazo y aceptación con modificaciones. En este último caso los autores de las colaboraciones deben modificar el artículo de acuerdo a las modificaciones en un lapso de tiempo determinado. Los dictámenes solo serán reenviados tres veces. Los dictámenes son inapelables sin embargo las sugerencias y recomendaciones fundamentadas de los autores se enviarán a un miembro del Consejo Editorial para su estudio y consideración para otras colaboraciones posteriores.

En el caso de discrepancias notables entre los dictaminadores, la colaboración se enviará a un tercero del Consejo Editorial. El resultado se comunicará al o a los autores en un tiempo razonable, que puede variar dependiendo del número de colaboraciones a dictaminar. La redacción se reserva el derecho de hacer correcciones de estilo que considere necesarias para mejorar el trabajo.

8. El dictamen del Comité Editorial retroalimenta a los autores sobre la pertinencia y calidad de sus trabajos describiendo a los autores de manera didáctica los pasos a seguir para la elaboración adecuada del escrito.
9. Cada número de la revista se integrará con los trabajos que en el momento de cierre de edición cuenten con la aprobación del comité dictaminador. No obstante con el fin de dar una mejor composición temática a cada número, la revista se reserva el derecho de publicar los artículos aceptados en un número posterior.

Criterios de formato

10. La extensión mínima será de 12 cuartillas y máxima de 20, incluyendo tablas, figuras y referencias, tipografía Arial 12, interlineado 1.5.

Las reseñas de libros deben tener una extensión entre 2 y 4 cuartillas.

11. Los cuadros, gráficas y figuras diversas se incorporarán como anexos debidamente numerados y rotulados al reverso. En el texto se indicará el lugar en el que deben colocarse.

12. El texto se entregará en archivo en disco o a través del correo electrónico (o postal), en procesador word, sin formato, espaciados, sangrías o notas automáticas.

13. El texto debe seguir los lineamientos del Manual Estilo de Publicaciones de la APA (2010) (American Psychological Association). Las referencias en el texto anotan, entre paréntesis, el primer apellido del autor o autores, después de una coma sigue el año y la página de referencia (en citas textuales) por ejemplo: (Castañeda, 1994, p. 82), o Castañeda (1994, p. 82), cuando el nombre del autor es parte del texto “indagó que..... “

Cuando un trabajo tiene dos autores se citan los dos p. e. Lazarus y Folkman (1986).

Cuando el trabajo tiene más de dos autores hasta cinco se citan todos los autores la primera vez, luego en las citas subsecuentes sólo el apellido del primer autor seguido de et al. Ejemplo: Kisangau et al. (2007). Si el trabajo tiene más de 6 autores se cita el apellido del primer autor seguido de et al. (sin cursivas) en todas las referencias.

Todas las referencias deberán ir al final del artículo ordenadas alfabéticamente en la bibliografía como lista de referencias, anotando a doble espacio con sangría apellido (s), inicial del nombre (s), año de publicación entre paréntesis, título (en caso de libro, en cursiva, la ciudad seguida de dos puntos y la editorial. Ejemplo: Dieterich, H. (2003) *Nueva guía para la investigación científica*. México: Planeta.

Un capítulo en un libro se refiere: Gonzalez M., C. S. (2011) La supervisión en Terapia Breve Sistémica. En J. Montalbo R. y M. R. Espinosa S. (eds)

Supervisión y terapia sistémica: modelos, propuestas y guías prácticas (pp. 131-150) Monterrey: Crece-Ser.

Si se trata de artículos en revistas y publicaciones periódicas, el nombre de la publicación en cursiva, el volumen, el número entre paréntesis y las páginas del texto.

Diener, E., Suh, E., Lucas, R. y Smith, H. (1999) Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125 (2), pp. 276-302

Para citas electrónicas hay que dar todos los datos de la ruta p. e. Clay, R. (junio, 2008) Science vs Ideology. Psychologists fight back about the misuse of research. *Monitor of Psychology*, 39 (6). Recuperado de <http://www.apa.org/monitor/>

Si los autores tienen varias publicaciones en el mismo año, se les distinguirá por una letra minúscula después del año p. e. Valenciano, 2011a, 2011b.

Las siglas deben ser resueltas en todas sus palabras la primera vez que se usan p. e. Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología (CNEIP).

Se debe prestar atención a las referencias actualizadas

Datos

Anotar en hoja a parte, los datos curriculares: nombre (s) y apellidos del autor (es), institución de procedencias, nivel de estudios (grado académico, disciplina, organismos e instituciones otorgantes); publicaciones relevantes, trabajos de investigación, premios reconocimientos o distinciones en los últimos tres años, dirección; teléfono y/o fax y dirección de correo electrónico.

Responsabilidad

El contenido de los textos publicados por la Revista es responsabilidad de los autores del texto, no constituye la opinión oficial de la Revista.

La Revista se reserva el derecho de publicación y de devolución de los artículos entregados

Dirección

Los trabajos se remitirán a:

Facultad de Ciencias de la Conducta.

Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México,
Nueva Época 2

Av. Filiberto Gómez s/n, col. Guadalupe, Toluca, México, C.P. 50010.

Teléfonos: (01 722) 2 72 00 76, fax: (01 722) 2 72 15 18

Correo electrónico: virveda@prodigy.net.mx; revista_psicologia@uaemex.mx

Nota: EL nombre de la publicación periódica es REVISTA DE PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO, pero para efectos prácticos se puede abreviar como Revista de Psicología

EDITORIAL POLICY

In order to accept collaborations

The Psychology Journal, Nueva Época 2 from Universidad Autónoma de Estado de México, is a semestral publication including an arbitrated academical scientific character edited by Facultad de Ciencias de la Conducta, about outstanding Psychology, Education and Social Work and similar disciplinary topics important in every advance in the professions and disciplines mentioned, revealing the professional practice, teaching and research, essentially from the Academic Groups from this Facultad. The journal is dedicated to all professionals from these areas, teachers and training students, including graduated students. The purpose is to promote thinking, reflection and research. The objectives are to share the different research findings, to upgrade professionals interested and to favor the investigators links, as well as teachers and students. There are two issues published every year in June and December in electronic and printed version.

Content

1. The contributions considered to be published must be a result of research, scientific essays, case study, theoretical or methodological analysis. Research, thesis or book reviews will be accepted.

2. Every collaboration must be original and unpublished before and must not be submitted to any other printed media at the same time. A letter must be signed about the matter as a guarantee of originality including the name of the author, address, affiliation, telephone, e- mail and job credentials.
3. The empiric research study must keep the raw data during the next three years after its publication.
4. An abstract must be included with 5 key words, in Spanish and English, with an extension of 100 to 200 words describing the topic, the objective and the main article characteristics, including the title.
5. The authors have to concede the author's copyright to the Psychology Journal from Universidad Autónoma del Estado de México so that their articles and materials are publicly reproduced, published, edited, fixed, communicated and transmitted by any form or medium; as well as distributing among the general public in the required numbers for their public communication, in each of their modalities, included its availability through electronic, optical means or any other technology with exclusively scientific, cultural, diffusion, nonprofit ends. To do so, the author(s) must send the format of copyright concession-letter properly filled and signed by the author(s).

Reviewing process:

6. All the articles will be submitted to an anonymous dictum process performed by academic peers, under the modality of double blind. The prestigious academics are unknown and don't even know the author's name. The authors don't even know the examiners.
7. The collaborations are sent by the Journal director to two referees that in a period of time have to come out with a written resolution of the dictum process. There are three options: approved for publication with no changes; refused; approved for publication once minor corrections are applied in a specific period. The attempts of resending are three. Dictum results are unappeasable even though the author's supporting suggestions and arguments will be sent to the Journal Editing Committee to be studied and considered for next publications. In case of remarkable disagreement among the examiners, the collaboration will be sent to a third referee from the Journal Editing Committee. They will inform each of the authors in a reasonable period of time, determined by the number of articles. The editorial direction of the Journal reserves the right to carry out any editorial amends or proofreading it deems necessary to improve the text.
8. The Editorial Committee judgement will let the authors know about the quality and relevance of their contributions, the Committee will give a didactic feedback to the authors in order to create and adequate their job.

9. Each Journal issue will be done with the contributions that at the closing editing time have the approval of the Dictaminating Committee. Not even, in order to give the best thematic composition possible to each issue, the Journal Editors have the right to publish some accepted articles in a subsequent issue.

Format

10. The journal will only accept articles with an extension between 12 and 20 pages, including graphs, tables, footnotes and bibliography, letter size page, at a line spacing of 1.5, written in 12-point size Arial font. Book reports must have an extension between 2 and 4 pages.
11. Charts, graphs and figures must be added as appendix, properly numbered and rotulated on the back. It has to be indicated on the text the place where they shall be.
12. The text must be delivered as an electronic file in a CD or via electronic or postal mail, unformatted Microsoft Word, line spacing, headlines or automatic notes.
13. The text must follow the APA (2010) (American Psychological Association) style. The references in the text in parenthesis, the surname of the author(s), a comma, the publishing year and the reference page (in textual references) for example: Castañeda, 1994, p. 82 or Castañeda (1994, p. 82) when the name of the author is in the text "it was founded that..." When there are two authors them both have to be named p. e. Lazarus and Fokman (1986). When the paper has more than two authors onto five, they are all named at the first time, then on the subsequent only the surname of the first author and et al. i.e.: Kisanguet al. (2007). If the article has more than 6 authors only the first author is named withet al. without italic, in all the references. Every reference must be added at the end of the article alphabetically in the bibliography as a reference list, writing down with single space and tabs surname(s), first letter of the name(s), and publishing year in parenthesis, title (if it's a book, italic, city ":" and editorial house. i.e. Dietrich, H. (2003 *New guide for scientific research*. México: Planeta. When it's a chapter from a book: González M., C.S. (2011) La supervisión en la Terapia Breve Sistémica en J. Montalbo R. y M. R. Espinosa S. (eds) *Supervisión y terapia sistémica: modelos, propuestas y guías prácticas* (pp. 131-150) Monterrey: Crece-Ser. If it's about journal articles or a periodical publication, the name of the publication must be in italic, the volume, number in parenthesis and the text pages. Diener, E., Suh, E., Lucas, R. y Smith, H. (1999) Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125 (2), pp. 276-302 For electronic references, a complete link must be added i.e. Clay, R. (junio, 2008) Science vs ideology. Psychologists fight back about the misuse of research. *Monitor of Psychology*, 39 (6). Retrieved from <http://www.apa>

org/monitor/ If the authors have many publications in the same year, they will be distinguished by a case letter after the year i.e. Valenciano, 2011a, 2011b.

Acronyms must be extended the first time they appear in the text, in the bibliography, tables, charts and graphs. For instance, in the text the first time it must be written: Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología (CNEIP), then subsequently: CNEIP Recent references must be observed.

Data

In a blank paper, write the curricular data as: name(s), author's surname, origin institution, study level (academic grade, discipline, organisms or institutions), relevant publications, research papers, awards and recognitions, distinctions from the last 3 years, address, telephone and fax and e mail.

Accountability

The text content published by the journal are responsibility of the text authors, not the official journal opinion.

The journal reserves the right to publish or not the articles as well as their devolution.

Address

The contributions will be sent to: Facultad de Ciencias de la Conducta
Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México, Nueva Época
2 Av. Filiberto Gómez s/n, col. Guadalupe, Toluca, México, C.P. 50010.

Teléfonos: (01 722) 2 72 00 76, fax: (01 722) 2 72 15 18

Correo electrónico: virveda@prodigy.net.mx; revista_psicologia@uaemex.mx

Note: The oficial publication name is REVISTA DE PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO, but for practical purposes it could be presented as Revista de Psicología.

ARTÍCULOS DEL NÚMERO ANTERIOR

EDITORIAL

LA CONSTRUCCIÓN DE ESTILOS IDENTITARIOS EN ADOLESCENTES Y EL TIPO DE
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Violeta Janeth González Nava, Elizabeth Zanatta Colín, Claudia Sánchez Calderón

ESTILOS IDENTITARIOS Y PRÁCTICAS PARENTALES EN ADOLESCENTES: DIFERENCIAS
POR SEXO

Laura Antigona Gómez Pineda, Elizabeth Zanatta, Claudia Sánchez Calderón

IDENTIDAD Y CORPOREIDAD CONDICIONADAS POR LA PUBLICIDAD

Cristina Villegas Ramírez, Elizabeth Zanatta Colín, Sergio Luis García Iturriaga

IDENTIDAD Y BIENESTAR PSICOLÓGICO: ESTILOS Y FACTORES
EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

Yazmin Escobar Tapia, Elizabeth Zanatta Colin, Teresa Ponce Dávalos, Sergio Luis
García Iturriaga, José Luis Gama Vilchis

ESTILOS IDENTITARIOS E IMAGEN CORPORAL EN MUJERES QUE PRESENTAN
CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO

Mitzyl Itzel Becerril Bernal, Elizabeth Zanatta Colin, Teresa Ponce Dávalos

LA CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD DE LA MUJER MIXTECA DESDE LA PERSPECTIVA
DE GÉNERO

Nadia Arlette Vega Rebolledo y Francisco José Arguello Zepeda

RESEÑAS

Elizabeth Zanatta Colín (coord.) (2012) Configuración de la identidad y estilos identitarios: sentido de sí, constitución del ser y sentido de pertenencia. México: Castellanos

Miriam Cervantes Nieto (2010) Fortalezas y debilidades en la relación de pareja. México: Trillas

COLABORADORES

CRITERIOS EDITORIALES

EQUIPO EDITORIAL

EQUIPO EDITORIAL

EDITOR GENERAL

Dr. José Antonio Vírseda Heras

Asistentes editoriales

Lic. Moisés Fernando Balcázar Becerra, Lic. Erick Gödoy Alvarez.

CONSEJO EDITORIAL

Mtro. Javier M. Serrano García, Dra. Patricia Balcázar Nava, Mtra. Marta Calderero, Universidad de Granada, España, Dra. Leonor Delgadillo Guzmán, Dr. José Antonio Florez Lozano, Universidad de Oviedo, España, Dra. Norma Ivonne González-Arratia López-Fuentes, Dra. Gloria Margarita Gurrola Peña, Mtro. Jaime Rodolfo Gutiérrez Becerril, Dr. Telmo Marcon, Revista Espaso Pedagógico, Brasil, Dra. Aida Mercado Maya, Dra. Tania Morales Reynoso, Dra. Rosa María Ramírez Martínez, Dra. Alejandra Moysèn Chimal, Dr. Hans Oudhof van Barnefeld, Dr. Joan Riart Vendrell, Colegio Oficial de Psicólogos de Cataluña (COPC), España, Dra. Adelaida Rojas García, Dr. Aristeo Santos López, Dr. Michael Schmid, Instituto de Servicios Sociales, Voralberg, Austria, Dr. José Luis Valdez Medina, Dra. Elizabeth Zanatta Colin.

COMITÉ EDITORIAL

Mtra. Maribel Aguilar, UAEM, Mtra. Magdalena del Angel Antonio, UAEM, Dr. Francisco Arguello Zepeda, UAEM, Mtro. Ricardo Bastida González, Universidad del Valle de México, Dr. Juan Manuel Bezanilla,

Psicología y Educación integral, Mtro. Cuautemoc Borges Aguilar, ITESM, Dra. Miriam Cervantes Nieto, Instituto de la Familia, Dr. José Luis de la Cruz Rock, Universidad Autónoma de Tamaulipas, Mtra. Mónica Díaz Pérez, Quidam Global, Mtro. Rogelio Díaz Salgado, Universidad de Ixtlahuaca, Mtra. Gracia Domingo Ibañez, Universidad de las Américas, Distrito Federal, Dra. Emma Espejel Acco, Instituto de la Familia, Mtra. Rosario Espinosa Salcido, UNAM Iztacala, Mtra. Juana María Esteban Valdés, UAEM, Mtra. Elizabeth Estrada Laredo, UAEM, Dra. María del Carmen Farfán García, UAEM, Dr. Agris Galvanovskis Kasparane, UDLA Puebla, Mtro. José Luis Gama Vilchis, UAEM, Dra. Julieta Garay López, UAEM, Mtro. Sergio Luis García Iturriaga, UAEM, Mtra. Lucía García Martínez, Instituto de terapia cognitivo conductual, Dra. Beatriz Gómez Castillo, UAEM, Dra. Leonor González Villanueva, UAEM, Dr. Rodolfo Gutiérrez Martínez, UNAM, Dr. Manuel Gutiérrez Romero, UAEM, Dra. Gabriela Hernández Vergara, UAEM, Dra. Mayling Mendizabal Amado, ACPEINAC, Dr. David Aarón Miranda García, UAEM, Dr. Jaime Montalbo Reyna, UNAM Iztacala, Dr. Manuel de Jesús Morales Euzárraga, UAEM, Dr. Enrique Navarrete Sánchez, UAEM, Dr. Luis Oblitas Guadalupe, Universidad de Ixtlahuaca, Dr. Renè Pedroza Flores, UAEM, Mtra. Lilia Pérez, UAEM, Dra. Teresa Ponce Dávalos, UAEM, Dra. Norma Rasso Sánchez, Universidad Pedagógica Nacional, Mtro. Edgar Rodríguez Sánchez, Universidad del Valle de México, Mtra. Bertha Rosalba Rocha Reza, UAEM, Dra. Sonia Yolanda Rocha Reza, UAEM, Dra. Erika Robles Estrada, UAEM, Dr. Alberto Segrera Tapia, Universidad Iberoamericana, Dr. Francisco Salmerón, UAEM, Dra. Claudia Sánchez Calderón, Dra. Carolina Serrano Barquín, UAEM, Dr. Maximiliano Valle Cruz, UAEM, Dra. Gabriela Villafaña Montiel, UAEM, Dra. Susana Silvia Zarza Villegas, UAEM

DISEÑO

LDG. María Laura González Morales

LDG. Jorge Armando Balderas Escobar

COORDINACIÓN INSTITUCIONAL E INTERNACIONAL

Dra. Martha Patricia Bonilla Muñoz

CORRECCIÓN DE ESTILO

Lic. Francisco Macías Arriaga

TRADUCCIÓN

Mtra. Mónica Rodríguez Villafuerte

Lic. Eunice Ortega Rico

EDITORES ANTERIORES

Mtro. Jaime Rodolfo Gutiérrez Becerril

Dra. Leonor González Villanueva

Dr. Francisco Argüello Zepeda

Revista de
Psicología de la UAEM **2**
Nueva época
VOLUMEN 1, NÚMERO 2, JULIO - DICIEMBRE 2012



Universidad Autónoma
del Estado de México

Facultad de
Ciencias de la Conducta

ESTILOS DE IDENTIDAD