



Dra. Santa Magdalena Mercado Ibarra

Profesor Investigador de Tiempo Completo del Instituto Tecnológico de Sonora. Doctora en Planeación estratégica para la mejora del desempeño. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores. Integrante del Cuerpo académico consolidado Aprendizaje, Desarrollo Humano y Desarrollo Social. Secretaria de Enseñanza e Investigación del Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología A.C. (CNEIP). Titular de la Secretaría de Asuntos Académicos del Colegio de Profesionales de la Psicología en Sonora, A.C. Representante Institucional ante la RED Internacional América Latina, África, Europa y el Caribe (ALEC). Certificación internacional en Terapia Cognitiva Conductual del Instituto Albert Ellis en Argentina. Estancias de Investigación en la Universidad de Barcelona, España, Universidad Nacional Autónoma de México, Universidad Marista de Mérida y Universidad Anáhuac Cancún. Premio de Investigación Dr. José Miró Abella. Autora de libros: Baremación del MMPIA en Sur de Sonora, Potencializando el desarrollo integral del niño. Coautora del libro: "Jiak nokpo ji'ojnoki yee majtawame" o Lectoescritura en lengua yaqui. Presentación de trabajos de Investigación en Colombia, Argentina, Francia, Guatemala y Chile.

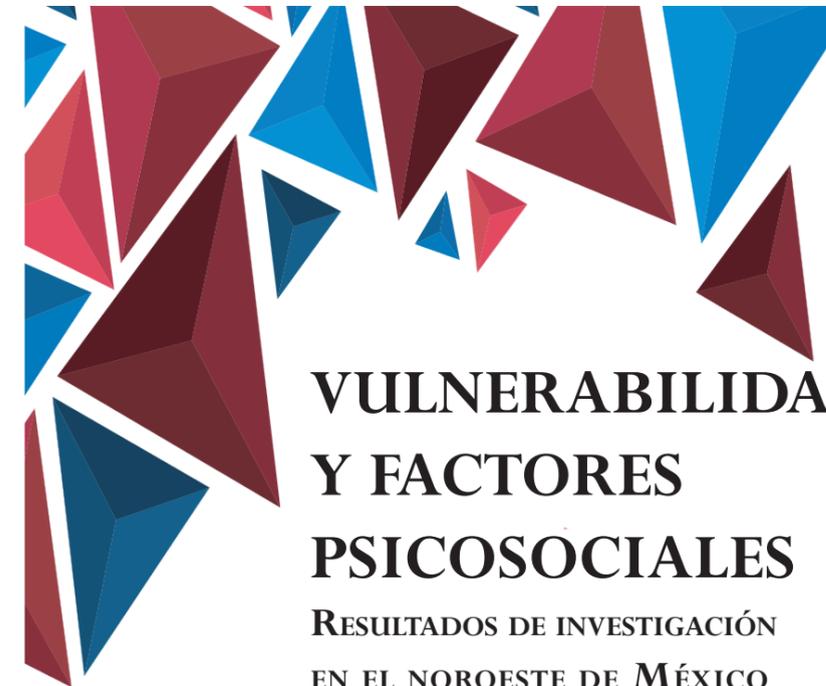


Dr. Christian Oswaldo Acosta Quiroz

Licenciado en Psicología Clínica por el Instituto Tecnológico de Sonora. Maestro en Psicología con especialidad en Medicina Conductual en la Universidad Nacional Autónoma de México, en el Servicio de Trasplante Renal del Hospital Juárez de México y en el Servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología. Doctor en Psicología con especialidad en Psicología de la Salud en la UNAM, obteniendo la Medalla Alfonso Caso como reconocimiento por ser el graduado más distinguido de su generación. Tercer lugar en el Premio Nacional de Investigación Clínica sobre Envejecimiento, otorgado por el Instituto Nacional de Geriatria. Sus líneas de investigación son calidad de vida y bienestar subjetivo, ocio y actividades de la vida diaria en adultos mayores, estrés y afrontamiento en personas con enfermedades crónico-degenerativas, planeación para el retiro laboral y ajuste psicosocial en la jubilación, terapia cognitivo-conductual y de tercera generación (activación conductual). Perteneció al Nivel I en el Sistema Nacional de Investigadores (SNI), integrante de la Red Temática de Investigación "Envejecimiento, Salud y Desarrollo Social" del CONACYT e integrante del Cuerpo Académico Consolidado "Actores y Procesos Psicoeducativos" del ITSON.



VULNERABILIDAD Y FACTORES PSICOSOCIALES



VULNERABILIDAD Y FACTORES PSICOSOCIALES

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN EN EL NOROESTE DE MÉXICO

Coordinadores:
Dra. Raquel Garcia Flores
Dra. Dora Yolanda Ramos Estrada
Dra. Santa Magdalena Mercado Ibarra
Dr. Christian Oswaldo Acosta Quiroz

El presente libro dirige la mirada hacia las poblaciones en condición de vulnerabilidad, particularmente en la zona noroeste de nuestro país. Los trabajos descritos permiten entender la dinámica de la pobreza, la exclusión y la intolerancia en el sur del Estado. Estas problemáticas son resultado de las condiciones actuales y de políticas públicas orientadas al desarrollo social que son insuficientes o poco pertinentes, pero dan cuenta de una espiral convertida en un círculo vicioso que involucra a la pobreza, la falta de tolerancia, el narcotráfico, el crimen organizado y la corrupción de los servidores públicos.

Los resultados indican que es necesario involucrar en el desarrollo de proyectos y política pública a los usuarios, a los académicos e investigadores sociales para hacer posible que las inversiones de desarrollo social generen bienestar y mejora en la calidad de vida de las familias. Es evidente que los investigadores en nuestro país están cada vez más preparados para el análisis de las problemáticas que afectan a la región y llevar a cabo investigación de campo para proponer, a partir de datos duros, medidas más pertinentes para la solución de problemas sociales.



Dra. Raquel García Flores

Licenciada en Psicología por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Maestra en Psicología con especialidad en Medicina Conductual en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Doctora en Psicología con especialidad en Psicología de la Salud en la UNAM. Actualmente es Profesora Investigadora de Tiempo Completo en el Instituto Tecnológico de Sonora, donde imparte clases en licenciatura y maestría. Sus líneas de investigación en el área de la psicología clínica y de la salud son: diseño y evaluación de intervenciones cognitivo conductuales, entrevista motivacional, calidad de vida, bienestar subjetivo, desgaste profesional, comportamiento suicida. Responsable del proyecto "Efectos de la entrevista motivacional en la adherencia al tratamiento y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2" financiado por Fondos Sectoriales en Salud de CONACyT. Coordina la Maestría en Investigación Psicológica que pertenece al Padrón Nacional de Posgrados de Calidad de CONACyT. Perteneció al Sistema Nacional de Investigadores Nivel I. Ha publicado diversos artículos científicos en revistas indizadas y libros en editoriales reconocidas.



Dra. Dora Yolanda Ramos Estrada

Doctora en Educación por la Nova Southeastern University, Maestría en Docencia e Investigación Educativa por el ITSON y Licenciada en Psicología por la UNAM. Adscrita al Departamento de Psicología. Ha desempeñado actividades como Coordinadora de la Carrera de Psicología y como Jefa de Departamento. Es profesora de la Licenciatura en Psicología y de la Maestría en Investigación Psicológica (PNPC). Líder del CA de Actores y Procesos Psicoeducativos (Consolidado). La LGAC que cultiva es Desarrollo de los estudiantes. Ha sido responsable del Proyecto "Factores Individuales e Institucionales asociados al rendimiento académico en estudiantes universitarios" y "Estrategias Inclusivas en el aula". Ha colaborado en diversos proyectos del departamento. Ha participado como responsable del Proyecto Institucional "Atención a la Diversidad en el contexto universitario" y "Fomento a la Inclusión Educativa". Ha participado como autor y coautor en la publicación de artículos, capítulos de libro y memorias en congreso en Psicología y Educación. Ha sido evaluadora nacional del CA-CNEIP desde 2011. Reconocimiento del Perfil PRODEP y miembro del Sistema Nacional de Investigadores.

**VULNERABILIDAD
Y FACTORES PSICOSOCIALES:
RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN EN EL
NOROESTE DE MÉXICO**



**VULNERABILIDAD
Y FACTORES PSICOSOCIALES:
RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN EN EL
NOROESTE DE MÉXICO**

Coordinadores:

Raquel García Flores

Dora Yolanda Ramos Estrada

Santa Magdalena Mercado Ibarra

Christian Oswaldo Acosta Quiroz



© Todos los derechos conforme a la ley

Características tipográficas y diseño editorial

© ROSA M^A PORRÚA EDICIONES

Diseño de portada e interiores:

Grupo Editorial Rosa María Porrúa. S.A. de C.V

Primera edición 2018

ISBN: 978-607-9239-97-8

Rosa M^a Porrúa Ediciones

(55) 52931956

0445520803530

publicacioness@rmporrua.com

Fuente de Pirámides n°37. Lomas de Tecamachalco
Naucalpan, Edo. de México

www.rmporrua.com

Impreso en México  *Printed México*

La impresión de esta obra fue financiada con recurso PFCE 2017

ÍNDICE

Prólogo	9
----------------	----------

SECCIÓN I SOCIEDAD Y FAMILIA

Condiciones de vulnerabilidad en una comunidad rural en el Sur de Sonora	19
---	-----------

Eneida Ochoa Ávila

Santa Magdalena Mercado Ibarra

Claudia García Hernández

Guadalupe de la Paz Ross Arguelles

Calidad del ambiente físico, calidad de vida y bienestar psicológico en personas de bajo nivel socioeconómico	43
--	-----------

Laura Fernanda Barrera Hernández

Mirsha Alicia Sotelo Castillo

Oscar Cruz Pérez

Cesar Octavio Tapia Fonllem

Familia indígena y adolescencia: percepción de apoyo, expresividad y conflicto	65
---	-----------

Santa Magdalena Mercado Ibarra

Reyna Patricia Santillán Arias

María Teresa Fernández Nistal

Yazmin Berenice Merino Bustillos

Trabajo de la madre, escolaridad y apoyo parental para la escuela: Chiapas y Sonora	85
--	-----------

Sonia Beatriz Echeverría Castro

Jesús Ocaña Zuñiga

Javier José Vales García

Prácticas de participación de padres de niños con necesidades educativas especiales en primaria pública	103
--	------------

Lorena Márquez Ibarra

María Luisa Madueño Serrano

María Fernanda Medina Cruz

Dania Dayli Villagrana Rodríguez

Agustín Manig Valenzuela

Potencial de aprendizaje de alumnos en contextos vulnerables: comunidad yaqui	125
<i>Frannia Aglaé Ponce Zaragoza</i>	
<i>María Teresa Fernández Nistal</i>	
<i>Guadalupe de la Paz Ross Arguelles</i>	
<i>Santa Magdalena Mercado Ibarra</i>	
Retos en la formación docente en educación inclusiva de estu- diantes normalistas	137
<i>Dora Yolanda Ramos Estrada</i>	
<i>Luisa Dolores Murillo Parra</i>	
<i>Mirsha Alicia Sotelo Castillo</i>	
<i>Juan Oswaldo Martínez Sulvarán</i>	
Vulnerabilidad laboral: actividad física en policías de Cajeme	153
<i>Hebert David Quintero Portillo</i>	
<i>Lorenia Lopez Araujo</i>	
<i>Jose Fernando Lozoya Villegas</i>	
<i>Irma Alejandra del Consuelo Díaz Meza</i>	
<i>Araceli Serna Gutiérrez</i>	
Acoso laboral: vulnerabilidad en trabajadores de pequeñas y medianas empresas	171
<i>Claudia García Hernández</i>	
<i>Rafael Octavio Félix Verduzco</i>	
<i>Karla Denisse Espinoza Gracia</i>	
<i>Eneida Ochoa Avila</i>	

SECCIÓN II VULNERABILIDAD EN LAS ETAPAS DEL DESARROLLO

Factores de vulnerabilidad en adolescentes de comunidades rurales	191
<i>Guadalupe de la Paz Ross Arguelles</i>	
<i>María Teresa Fernández Nistal</i>	
<i>Mercedes Idania López Valenzuela</i>	
<i>Keyla Amaday Pillado Higuera</i>	
Comportamiento sexual de riesgo en estudiantes rurales de Sonora	209
<i>María José Cubillas Rodríguez</i>	
<i>Elba Abril Valdez</i>	
<i>Rosario Román Pérez</i>	
<i>Luz Alicia Galván Parra</i>	

Ana Cecilia Leyva Pacheco
Grace Marlene Rojas Borboa

Prevención de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: efectividad de la disonancia cognoscitiva 223

Nora Hemi Campos Rivera
Nora Lourdes Gallegos Máynez
Teresa Iveth Sotelo Quiñonez

Aspectos vulnerables en el adolescente: suicidio y abuso de sustancias 241

Diana Mejía Cruz
Raquel García Flores

Hábitos de conducción asociados a vulnerabilidad en accidentes viales en jóvenes 259

Carlos Alberto Mirón Juárez
Claudia García Hernández
Eneida Ochoa Avila

Prevalencia de obesidad y desnutrición en escolares y adolescentes del Valle del Yaqui 277

Irma Díaz-Meza
Iván Toledo-Domínguez
Lorenia López-Araujo
Hebert Quintero-Portillo
Eddy Tolano-Fierros

Nivel de autoestima en adultos mayores jubilados 293

Mirsha Alicia Sotelo Castillo
Cecilia Ivonne Bojórquez Díaz
Laura Fernanda Barrera Hernández
Dora Yolanda Ramos Estrada

Calidad de vida y enojo en adultos mayores con diabetes: efectos de una intervención psicológica 309

Raquel García Flores
Luis Angel Urias Gaxiola
María Teresa Fernández Nistal
Christian Oswaldo Acosta Quiroz

Videojuegos enfocados a los adultos mayores: usabilidad y guías de diseño 327

Ramón René Palacio Cinco
Christian Oswaldo Acosta Quiroz
Javier José Vales García
Joaquín Cortez González
Raquel García Flores

Apoyo social, calidad de la relación y proactividad en el bienestar de cuidadores informales de adultos mayores del sur de Sonora

347

Miriam del Carmen Valenzuela Vázquez

Teresa Iveth Sotelo Quiñonez

Rogelio Couvillier Ybarra

Santa Magdalena Mercado Ibarra

PRÓLOGO

En la actualidad, todo aquello que es importante para transitar a través de la vida ha sido sustituido por una constelación de impresiones sensuales a la cual nos somete la televisión y el internet; se trata de un trabajo sigiloso, tedioso e insidioso a través del cual se transforma en placentera la constante privación del conocimiento de las artes, la historia, y en general la cultura, generándose una especie de servidumbre, la cual se percibe, se goza y se siente como libertad de expresión. Sin embargo resulta complicado e inmoral culpar al cartero del contenido y las consecuencias de las cartas.

Realmente lo que hacen el internet y la televisión es revelar y exhibir lo que está dentro de nosotros, algo que fue previamente procesado a través del tiempo en nuestras familias y en nuestras comunidades, y a lo que estamos realmente interesados y compenetrados aunque no sea por nuestra propia elección. Los diferentes estudios que se presentan en la primera parte de este libro narran modos de vida asociados a las formas particulares en los cuales los jóvenes han aprendido a desarrollarse. Sin conocer ningún otro mundo de hechos y de cosas, se han ajustado a la sociedad de consumo, a la cultura del aquí y el ahora, intrascendente y en perpetuo cambio. Una cultura y una sociedad que momento a momento están promoviendo el culto a la novedad, a la sorpresa y a las oportunidades azarosas; en este contexto los jóvenes millennials y los nativos digitales se deslumbran con la excesiva cantidad que hay de todo, de todo tipo de objetos de deseo como de conocimiento, y con la velocidad estrepitosa con la que llega lo nuevo y desaparece lo antiguo.

Lo anterior implica que, en la medida en la cual se construyen y reciben grandes cantidades de información y se distribuyen a velocidades vertiginosas, se hace bastante complicado generar secuencias narrativas ordenadas y progresivas, de aquí se deriva el intentar convertir los hábitos y las rutinas en cualquier cosa que se haga, todo con el fin de evitar el legado del propio pasado. Esto es lo mismo que llevar los procesos identitarios en una camiseta que se pue-

de reemplazar rápidamente cuando la moda haya cambiado; todo ello con el fin de despreciar las lecciones aprendidas del pasado y desdeñar las capacidades y competencias propias de otros tiempos, y hacerlo sin pecado y sin sentimientos de culpa. Esto no es más que algunas de las características de las actuales políticas y atributos de racionalidad de la época moderna. La cultura moderna actual ya no se visualiza ni se experimenta como una cultura del aprendizaje y la acumulación como en aquellas registradas por los etnógrafos, los antropólogos, los historiadores; más bien se nos ofrece como una cultura del desapego, de la discontinuidad y del olvido. (Bauman , 2008)

Hay dos elementos que son emblemáticos de la economía consumista actual: el exceso y el despilfarro; el exceso y el material de desecho son inseparables en la economía consumista actual. En este paradigma, los jóvenes que están egresando de las universidades al mercado laboral se encuentran adoctrinados con la idea de que ven sobrepasar y dejar atrás los éxitos de sus padres, y que por muy lejos que hayan llegado los papás, ellos irán aún más lejos. Sin embargo, los datos de movilidad social del Instituto Nacional Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2016), nos anuncian la llegada de un mundo un tanto inhóspito y no tan acogedor, en el que los méritos conseguidos se devalúan, las calificaciones van a la baja y las puertas se cierran. A estos nuevos ingenieros, licenciados, nadie, ni en la misma universidad, los preparó para trabajos volátiles y rotativos, transitorios y no perdurables. Es así como proliferan los graduados sin empleo o aquellos que tienen empleo por debajo de las expectativas generales de sus títulos.

Resulta apremiante en las condiciones actuales de nuestro país la búsqueda de fórmulas desde las distintas disciplinas que nos permitan aproximarnos a la vida cotidiana de una serie de grupos sociales, que aunque conviven en el día a día, no llegamos a comprender o a entender los niveles de vulnerabilidad que enfrentan y, menos aún, cómo es que lo resuelven.

Comunidades como el ejido Guadalupe Juárez, en donde el 80% de la población sólo tiene estudios de secundaria y tres de cada diez viven de salarios mínimos eventuales, la fragilidad de un entorno de estas características trae con-

sigo no sólo los embarazos adolescentes, sino también los procesos de delincuencia y búsqueda a través de condiciones expeditas de un cambio en los niveles de calidad de vida y bienestar.

La zona urbana particularmente en aquellos espacios marginales periféricos encontramos que existe una percepción de bienestar y calidad de vida mucho menor que en los hogares más afortunados, es por ello que al comparar poblaciones rurales, urbanas e indígenas podemos observar que el apoyo social es fundamental para el desarrollo de la expresividad y la disminución de los conflictos en la familia, esto es, que la percepción subjetiva acerca del bienestar está más asociado con la calidad de las relaciones sociales entre los grupos, que en términos de los niveles adquisitivos o capacidad de consumo o compra de las personas.

El libro enfatiza en esta primera parte, que es la de sociedad y familia, que el apoyo parental, las características de escolaridad y el que la madre trabaje, afectan diferencialmente los procesos de desarrollo del niño dependiendo de si la pareja tiene una percepción positiva del trabajo en la mujer y colabora de manera pertinente y adecuada en los procesos de crianza. Es en ese tenor también en donde encontramos que aquellas familias que participan junto a sus hijos con necesidades educativas especiales, promueven en el niño una percepción de sí mismo y del nivel de afecto de los padres que beneficia la condición del niño en la escuela. Es en la condición indígena en la que se hace necesario desarrollar programas que permitan avanzar en el potencial de aprendizaje en la escuela sobre todo en los tres primeros años de alfabetización, y es fundamental el que los investigadores estén probando métodos innovativos frente a los tradicionales para lograr mejorara y favorecer el desarrollo personal y escolar de niños de comunidades indígenas.

Finalmente esta primera parte de sociedad y familia termina con tres capítulos relacionados con el ejercicio profesional o el trabajo; el primero de ellos tiene por objeto identificar la relación entre actitudes hacia la educación inclusiva y la autoeficacia para identificar las necesidades, esto en una población de estudiantes que se prepara para fungir como profesores de secundaria; en general los alumnos presentan una actitud positiva hacia la educación inclusiva y puntua-

ciones altas de autoeficacia para poder detectarla. En un segundo capítulo se evaluaron a cincuenta policías en relación a su actividad física, en donde cuatro de cada diez tienen una actividad física alta y los otros seis se encuentran en un nivel bajo o muy bajo, y se hace necesario para esta actividad mejorar el nivel de actividad física tanto para hombres como para mujeres. Finalmente se pretende obtener el grado de prevalencia de acoso laboral en algunas pequeñas y medianas empresas, y se encuentra que nueve de cada diez trabajadores se perciben expuestos a conductas de acoso, con diferencias entre hombres y mujeres, particularmente en aquellos que tienen que ver con el entorpecimiento del progreso y que los mandos superiores no dejan expresarse y cortan las iniciativas y las ideas. De esta forma termina la primera parte de sociedad y familia del libro de vulnerabilidad y factores sociales.

La segunda parte trata sobre la vulnerabilidad en las etapas del desarrollo, y pretende hacer un análisis de la vulnerabilidad de los adolescentes en comunidades rurales, el comportamiento sexual de riesgo en comunidades rurales, la prevención de trastornos de conducta alimentaria, el suicidio y las adicciones, los hábitos de conducción y los accidentes viales, la obesidad y la desnutrición, todo ello en adolescentes, para después pasar a una parte fundamental que tiene que ver con adultos mayores en donde se analizará el nivel de autoestima, la calidad de vida, el uso de videojuegos y el apoyo y calidad de vida de los cuidadores.

Lo que se describe en un primer capítulo sobre los factores de vulnerabilidad se refieren fundamentalmente aquellos que se asocian al trabajo, al salario, a la relación consumo-gasto y se señala que los espacios organizativos para la producción, la comercialización y la generación de ingresos entre mujeres de sectores empobrecidos comienzan a repuntar y a adquirir un nuevo valor y significado en la esfera pública. Existe también una muy elemental condición en relación a las viviendas y al ambiente en el que se desarrollan los adolescentes. El inicio temprano de las vidas sexuales activas entre los varones, la falta de uso de condón y métodos anticonceptivos, aunados a creencias tradicionales sobre la sexualidad, trae consigo el desarrollo de comportamiento sexual de riesgo; en base a los datos se indica que la estrate-

gia nacional para la prevención de embarazo en adolescentes y el programa constrúyete no están logrando el impacto deseado, y se requieren nuevas estrategias para trabajar con los jóvenes en la zona rural.

Por otro lado, se aplicó un programa de intervención primaria para reducir factores de riesgo en trastornos de conducta alimentaria y se mostró que a través de un taller es posible cambiar únicamente las actitudes hacia la alimentación, mientras que aquellas que están relacionadas con la percepción del cuerpo no se modificaron; lo que se encuentra es que a través de estos talleres el conocimiento de los participantes aumenta pero no es efectivo para reducir los factores de riesgo. Después de esto, un siguiente estudio analizó los aspectos vulnerables de los adolescentes en relación con las adicciones y el suicidio; los adolescentes que consumen marihuana reportaron mayor porcentaje de intentos suicidas y un estado de ánimo depresivo asociado a la ideación suicida; los adolescentes con poli consumo y sólo uso de alcohol reportaron mayor ideación que los adolescentes no consumidores. El estudio muestra claramente que el consumo de marihuana es un factor de alto riesgo para el desarrollo de la ideación suicida.

Se observa que los hábitos de conducción riesgosa están relacionados con el grupo de menor edad, los conductores más jóvenes pueden llegar a procurar no involucrarse en conductas de riesgo al percibirse más vulnerables que los de mayor edad; si bien la incidencia puede ser un indicador del riesgo, no se presentan grados de riesgo por tipo de conducta. Finalmente, un estudio sobre la prevalencia de obesidad y desnutrición en escolares y adolescentes en el valle del yaqui, mostró que el 20% de los escolares estudiados presentan obesidad y el 31.4% sufren desnutrición crónica. En lo que se refiere a la prevalencia de obesidad y desnutrición en relación a la edad, llama la atención que al aumentar la edad cronológica de los escolares aumenta la obesidad, no observándose lo mismo con la desnutrición. Es así como cierra esta primera parte y se abre el escenario para los estudios relacionados con los adultos mayores.

En un primer estudio se encontró la presencia de un nivel bajo de autoestima en la mayoría de los adultos, identificándose diferencias en el grupo de personas que tienen de once

a quince años de jubilados en comparación con los adultos recién jubilados, en sus niveles de autoestima; mientras que no se encontraron diferencias entre sexo y edad de los participantes.

En otro estudio se pretendió evaluar el efecto de una intervención cognitivo-conductual grupal en la calidad de vida y el manejo del enojo en pacientes con diagnóstico de diabetes, todos ellos de nivel socioeconómico bajo y con un nivel educativo de primaria, y el asistir a una intervención cognitivo-conductual durante ocho sesiones permitió mejorar algunas áreas vinculadas con la reacción y la expresión y el control del enojo.

En otro estudio se trabajó con el impacto de un videojuego en parejas compuestas de adulto mayor y un niño para identificar preferencias de los adultos mayores para controlar un videojuego, se encontró que los dispositivos de control del videojuego para los adultos mayores deben adaptarse para compensar sus limitaciones funcionales, sensoriales y cognitivas; se indican una serie de elementos que se deben tener en cuenta para que la experiencia de videojuego sea mucho más rica para el adulto mayor. Por otro lado, se estudió la labor del cuidador, el apoyo social que él ofrece, la calidad de la relación y la proactividad con el bienestar de cuidadores informales de adultos mayores; se encontró que los tipos de apoyo social que tienen una relación moderada, positiva y significativa con el bienestar subjetivo de los cuidadores son el apoyo moral y económico, la puntuación baja, positiva y sin significancia estadística es la de apoyo de orientación. Es importante estudiar el vínculo o el tipo de relación que existía con el cuidador y el receptor de cuidado antes de que este último necesitara del apoyo pues la forma en que el cuidador enfrenta esta condición pueda asociarse también con su bienestar, sobre todo si lo hace de forma proactiva o resolutive. De esta forma cierra la segunda parte del libro sobre vulnerabilidad y nos permite no solamente el gozar de algunos estudios analíticos sino también estar atentos de las diferentes intervenciones actuales e innovativas en diferentes aspectos del desarrollo como también en diferentes grupos de alta vulnerabilidad, el libro es muy recomendable y su formato permite un acceso sobre todo para alumnos de licenciatura, pero también puede ser útil para

todos aquellos interesados en los procesos de desarrollo, trabajadoras sociales, orientadores y psicólogos sociales.

En este universo de condiciones descritas, propias de la globalización, la cual encuentra en nuestros días condiciones para desarrollarse y progresar, una de las señales claves es la automatización que desplaza día a día la mano de obra menos preparada a la indigencia y a las calles. El campo no ha sido excluido en este proceso y las zonas rurales se han empobrecido y con ello ha aumentado la delincuencia, el narcotráfico, el crimen organizado. En las zonas indígenas algunas de ellas reservas naturales protegidas han sido invadidas o destruidas por los tentáculos del capitalismo. Otra característica adicional de los tiempos que corren es el desprecio por el pasado y por la experiencia y con ello delegar y excluir las personas de la tercera edad como productos inservibles en un mundo de jóvenes, de adoración por todo lo efímero intrascendente, glamuroso.

Por todo lo anterior, este libro se antoja, provocador, ilustrativo, práctico para aquellos que quieren dirigir sus miradas hacia las poblaciones vulnerables desde una perspectiva psicoeducativa, particularmente en la zona noroeste de nuestro país. La mayoría de ellos escritos como reportes de investigación y derivados, por tanto, por proyectos financiados por el Instituto Tecnológico de Sonora, y que son un recurso importante, invaluable, para entender la dinámica de la pobreza, la exclusión, la intolerancia y la vejez en el sur del Estado. Los académicos del departamento de psicología y educación se dan a la tarea de ilustrarnos sobre las problemáticas que se enfrentan en las poblaciones vulnerables en el sur del Estado. Resultado de las condiciones actuales de políticas públicas orientadas al desarrollo social que son insuficientes a veces, inadecuadas e irrelevantes o poco pertinentes, pero los resultados dan cuenta de un espiral convertida en un círculo vicioso que involucra a la pobreza, la falta de tolerancia, el narcotráfico, el crimen organizado y la corrupción de los servidores públicos.

Los resultados indican que es necesario involucrar en el desarrollo de proyecto y política pública a los usuarios y a los académicos, investigadores sociales para hacer posible que las inversiones de desarrollo social generen bienestar y mejora en la calidad de vida de las familias. Es evidente que

los profesionales académicos del ITSON están cada vez más preparados para el análisis de las problemáticas que afectan a la región y junto a sus estudiantes lleven a cabo investigación de campo para proponer a partir de los datos duros soluciones informadas para el logro de los objetivos del municipio y del Estado.

Bauman, Z. (2008) *Tiempos líquidos; vivir una época de incertidumbre*. Tusquets, editores, México.

INEGI (2016) *Modulo de movilidad social intergeneracional. Principales resultados y bases metodológicas*. México. <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/modulos/mmsi/2016/>

Ciudad de México a 24 de marzo de 2018

Dr. José Angel Vera Noriega
Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo AC

SECCIÓN I

SOCIEDAD Y FAMILIA



CONDICIONES DE VULNERABILIDAD EN UNA COMUNIDAD RURAL EN EL SUR DE SONORA

Eneida Ochoa Ávila
Santa Magdalena Mercado Ibarra
Claudia García Hernández
Guadalupe de la Paz Ross Arguelles
Instituto Tecnológico de Sonora

RESUMEN

El objetivo del proyecto fue caracterizar las condiciones de vulnerabilidad de una comunidad rural en Sonora, empleándose metodología mixta de triangulación de información cruzada, con una muestra no probabilística por conveniencia de 40 personas de 40 hogares, siendo mayores de edad los hombres y mujeres encuestados. La encuesta busca conocer condiciones: vivienda, salud, percepción del entorno y actividades de esparcimiento mediante 43 preguntas y sección de comentarios. Los resultados permiten identificar condiciones de vulnerabilidad asociados a pobreza, rezago educativo y social de las familias estudiadas; representando una amenaza inmediata y a futuro en las oportunidades que favorezcan en su calidad de vida, particularmente para los jóvenes; si éstos no asumen con esfuerzo y dedicación el compromiso para transformar su entorno dada la probabilidad de que éstos incurran en conductas antisociales y delictivas, lo cual se confirma mediante hallazgos reportados en España, México y Sudamérica; destacando que los hombres son más propensos que las mujeres, y los que se encuentran entre 13 a 15 años, existe mayor riesgo a desarrollar problemas emocionales y sociales; y tendencia a mostrar conductas antisociales y delictivas. Conclusiones que ponen en perspectiva la importancia de reconocer las condiciones de desigualdad en comunidades rurales; donde las instituciones sociales que ofrecen oportunidades no son accesibles para todos y en particular para éstas. Se recomiendan intervenciones con enfoque multimodal y multinivel. No se puede reducir el comportamiento antisocial a un único modelo explicativo, sino que para cada contexto se precisa un modelo específico que se ajuste al mismo.

Palabras clave: comunidad rural, condiciones de desigualdad, vulnerabilidad

INTRODUCCIÓN

Las precarias condiciones de los hogares rurales y la incapacidad de las personas para aprovechar las oportunidades disponibles en los distintos ámbitos socioeconómicos para mejorar su situación de bienestar o impedir su deterioro es lo que permite comprender el concepto de vulnerabilidad, entendido también como el resultado de los activos disponibles y de su combinación con determinadas estructuras de oportunidades y necesidades las cuales son decretadas o negociadas por el Estado con el sector productivo, la comunidad y las familias para crear condiciones para el mercado de trabajo, la educación y la salud, traduciéndolas en políticas públicas. Por lo que, las capacidades de los individuos y los hogares para hacer frente a situaciones de riesgo, dependerán en gran medida de esta combinación (Kaztman, 2000; Rodríguez, 2001; 2004; Retamoso, 2002).

Por otra parte, las exigencias que enfrentan los hogares rurales ante un medio más demandante que los somete a nuevas condiciones de subsistencia sobrepasan en muchos casos sus capacidades. Es decir, las personas y hogares con poco capital humano, carencias en el acceso a información, deficientes habilidades sociales y relaciones personales, además con escasos activos productivos y con poca capacidad para manejar recursos los coloca en condiciones de vulnerabilidad (Rodríguez, 2001; 2004).

En relación al contexto y el tiempo en que se realizó este trabajo de investigación se hace necesario mencionar las condiciones sociodemográficas de la población en Sonora a nivel estatal, municipal y de la localidad en que se encuentra ubicada la población con los datos disponibles anteriores al mes de agosto de 2016. Con base al resumen por entidad de 2015 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Sonora es una entidad federativa de los Estados Unidos Mexicanos que representa un 9.15% del territorio nacional, tiene una población de 2 850 330 habitantes, lo que significa un 2.4% del total del país, ocupando el lugar 18

por su número de habitantes. Su población está distribuida en un 86% en zonas urbanas, 14% en zonas rurales. En 2015 en Sonora habitaban 1 439 911 mujeres (50.5%) y 1 410 419 (49.5%) hombres, en promedio se estudia hasta el décimo año escolar (primer año de educación media superior), a nivel nacional se estudia hasta 9.1 años. De cada 100 personas de 15 años y más, 2.7 no tienen ningún grado de escolaridad, 49.8 tienen la educación básica terminada, 24.8 finalizaron la educación media superior, 21.9 concluyeron la educación superior, y 2 de cada 100 personas no saben leer ni escribir. Hay 60 310 personas mayores de 5 años que hablan alguna lengua indígena, lo que representa 2% de la población de la entidad. A nivel nacional, 7 de cada 100 personas hablan alguna lengua indígena. El sector que más aporta al Producto Interno Bruto (PIB) estatal es el comercio. Su aportación al PIB nacional es del 2.9%. El 85.6% de su población se encuentra afiliada a un servicio de salud (INEGI, 2016).

Según la Encuesta Intercensal sobre el Panorama socio-demográfico de Sonora del año 2015, Navojoa es un municipio en el estado de Sonora cuya superficie representa el 1.6% del estado. En el 2015 contó con una población total de 163 650 personas que representan el 5.7% de la población total de Sonora. La densidad de población es de 58.3 habitantes por kilómetro cuadrado. La relación hombres-mujeres es de 95.1, es decir que por cada 100 mujeres hay 95 hombres (48.8% son hombres y 51.2% son mujeres). La edad mediana es de 29 años, la mitad de la población tiene esta edad o menos. Existen 54 personas en edad de dependencia por cada 100 en edad productiva. Según el registro civil el 99.1% de las personas tiene acta de nacimiento, 0.5% no la tiene, el 0.1% está registrado en otro país y el 0.3% no está especificado. En fecundidad y mortalidad, hay un promedio de 1.6 de hijos nacidos vivos y un porcentaje de 1.7 de hijos fallecidos en mujeres de 15 a 49 años. En la población de 12 años y más el 39.5% está casada, 34.6% soltera, 13.7% en unión libre, 4.7% separada, 1.7% divorciada y 5.6% viuda. En la población de 12 años y más, el 49% es económicamente activa, de los cuales 97.2% son mujeres y 94.7% son hombres, los no económicamente activos (50.9%) el 35.1% son estudiantes, el 41.7% son personas dedicadas al queha-

cer del hogar, el 10.1% son jubilados o pensionados, el 3.5% son personas con alguna limitación física o mental que les impide trabajar y el 9.6% son personas en otras actividades no económicas (INEGI, 2015).

El municipio donde se encuentra enclavada la comunidad rural en estudio es Navojoa y éste tiene alrededor de 44 316 viviendas particulares habitadas, en las cuales viven 3.7 personas promedio y por cuarto hay 1 ocupante. Las viviendas cuentan en 73.5% con agua entubada, 78.7% con drenaje, 96.5% con servicio sanitario y 98.1% con electricidad. El 27.7% de las viviendas tiene disponibilidad de internet, 44.5% televisión con cable, 29.3% tiene pantalla plana, el 34% tiene computadora, el 85% cuenta con teléfono celular y el 27% con teléfono fijo. El 2% de las viviendas tiene material de construcción precario en las paredes, 2.7% en los techos y 4.7% tiene piso de tierra (INEGI, 2015).

Navojoa tiene como características educativas en la población de 15 años y más que el 2.9% no cuenta con escolaridad, el 51.4% estudió educación básica, el 23.9% media superior, 21.6% superior y el 0.2% no está especificado. De 15 a 24 años el 99.2% sabe leer y escribir y de 25 años y más sólo el 96.1% sabe leer y escribir. Respecto a la seguridad social el 89.52% de la población de Navojoa se encuentra afiliada a un servicio de salud, 57.9% al IMSS, 31.8% al Seguro Popular, 12.7% al ISSSTE, el 0.1% a Pemex, Defensa o Marina y el 1.5% en un seguro privado. En etnicidad el 39.7% de la población se considera indígena, el 4.97% de las personas de 3 años y más habla alguna lengua indígena y el 0.12% de las hablantes de lengua indígena no hablan español (INEGI, 2015).

El Ejido Guadalupe de Juárez se localiza en el Municipio Navojoa del Estado de Sonora México, se encuentra a una mediana altura de 80 metros sobre el nivel del mar, localidad considerada con alto grado de marginación y bajo rezago social. En 2010 la población total era de 1,595 personas, de cuales 825 son hombres y 770 mujeres (Secretaría de Desarrollo Social, 2016a).

De acuerdo a los indicadores de carencia en viviendas al 2015 en el Ejido Guadalupe de Juárez se reportaron un total de 364 viviendas particulares habitadas, 37 de éstas tie-

nen piso de tierra (10.25%). Sobre carencias de acceso a los servicios básicos en las viviendas particularmente habitadas, 306 viviendas (84.3%) no tienen drenaje, 20 (5.52%) no cuentan con luz eléctrica, 24 (6.61%) no tienen agua entubada de la red pública, 46 (12.64%) no tienen sanitario, 71.15% de viviendas particulares habitadas no disponen de lavadora y 32.14% de viviendas particulares habitadas que no disponen de refrigerador (Secretaría de Desarrollo Social, 2016b).

Con base a los indicadores de rezago social en 2015, en el Ejido Guadalupe de Juárez la población de 15 años y más el 7.62% es analfabeta, 34.18% cuenta con primaria incompleta, el 53.99% cuenta con educación básica incompleta (primaria y secundaria). En la población de 6 a 14 años el 2.95% no asiste a la escuela. Según el Informe Anual sobre la Situación de Pobreza y Rezago Social del 2010 en el Ejido había 602 personas de 15 años y más con educación básica incompleta. 25.39% de población no tiene servicios de salud. Las personas que viven en hogares indígenas son 295, finalmente los indicadores de marginación al 2015 La población de más de 5 años, 125 personas hablan alguna lengua indígena y el número de los que solo hablan un idioma indígena pero no hablan español es 0 (Secretaría de Desarrollo Social, 2016c y d).

El crecimiento de la población sonorense de acuerdo a estadísticas del 2015 se observa que la tasa de fecundidad de las mujeres, la mortalidad infantil y la población en edad de trabajar se incrementa; estos datos permiten al estado experimentar lo que se llama bono demográfico atribuido al resultado de la transición demográfica que consiste en un gran crecimiento de la fuerza de trabajo y un menor número de personas dependientes económicamente, lo cual se considera una oportunidad para que la sociedad mundial y particularmente la sonorense genere valor económico, sin embargo, este impulso durará menos de 15 años ya que a partir del 2030 este bono demográfico empezará a descender; dando origen al devenir de la inevitable e irreversible fase de envejecimiento, lo cual supone desafíos a nivel de producción y de salud y demandará que el gobierno estatal y municipal defina estrategias de atención a este grupo poblacional en virtud del moderado crecimiento poblacional

actual y el incremento de esperanza de vida. Por otra parte, el elevado crecimiento población producido en años anteriores se suma a las consecuencias del crecimiento social y económico, donde la mediana de edad al 2015 es de 28 años, el 61.03% del empleo se concentra en la población de 25 a 49 años, el 21 % en jóvenes de 14 a 24 años y el 17.84% en la población adulta de 50 años y más de 65 (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia(UNICEF), 2016; Gobierno del Estado de Sonora, 2016).

Es así como las comunidades rurales en México constituyen una población altamente vulnerable por lo que debiera ser una preocupación que se exprese de manera institucional en programas de gobierno, en instituciones de educación superior, de los diferentes actores sociales o grupos de la sociedad civil para el impulso del desarrollo rural comunitario de tal forma que se presenten las condiciones mínimas para el acceso a todos los servicios públicos como el agua, luz, drenaje y a una educación hasta el nivel medio superior que permita a las personas saber leer y escribir y poderse desenvolver en el ámbito laboral-económico, sin embargo, las comunidades rurales no son atendidas en sus derechos básicos puesto que en la mayoría de los casos las personas ven coartados tanto el acceso a los servicios públicos como al no poder alcanzar a terminar siquiera su educación básica, por lo cual se hace el siguiente planteamientos: ¿Cuál será la condición de vulnerabilidad que presenta actualmente una comunidad rural del sur de Sonora?

La presente investigación tiene como objetivo caracterizar las condiciones de vulnerabilidad de una comunidad rural del sur de Sonora, identificando las problemáticas y/o áreas de oportunidad presentes en una muestra de hogares del Ejido Guadalupe de Juárez, perteneciente al municipio de Navojoa, Sonora.

La realización de este tipo de investigación es importante a nivel social puesto que permitirá diseñar propuestas de intervención psicosocial dirigidas a atender las problemáticas específicas de cada comunidad y fortalecerlas para que éstas puedan generar dentro de ellas mismas una mejora en el ámbito social, salud y económico, impactando positivamente en su calidad de vida ya que estas poblaciones

se desenvuelven en contextos donde existe una distribución desigual de los recursos, no se dispone de bienes, servicios y oportunidades igual que en las áreas urbanas y la magnitud de la disparidad puede ser muy significativa; puesto que las vulnerabilidades son el resultado de la marginación social y la pobreza; extendiéndose y transmitiéndose a lo largo de la vida en las familias y comunidades por generaciones.

MÉTODO

La metodología empleada fue mixta de triangulación de información cruzada mediante interpretación basada en datos cuantitativos y cualitativos ya que la finalidad consiste en la confrontar información cualitativa complementaria sobre el mismo episodio con los datos cuantitativos (Creswell & Plano Clark, 2007; Morse, 2003). Los participantes corresponden a una muestra no probabilística por conveniencia (Clark-Carter, 1997) de 40 personas encuestadas de 40 hogares del Ejido Guadalupe de Juárez, siendo mayores de edad los hombres y mujeres encuestados, con un total de 181 integrantes de los cuales 81 eran mujeres (44.8%) y 100 hombres (55.2%), con edades desde 1 a 85 años con una media de 29.80 años edad y una desviación de 19.93.

Se aplicó una encuesta para conocer las condiciones socioeconómicas, relacionadas a la vivienda, salud, variables del entorno, variables ambientales, actividades de esparcimiento y percepción del entorno mediante 43 preguntas y una sección de comentarios.

El procedimiento que se siguió para el desarrollo del proyecto fue mediante un convenio entre los líderes de la comunidad y la responsable del Centro Universitario de Servicio Comunitario del Departamento de Vinculación y Servicio Social de una universidad pública. Posteriormente se elaboró un mapeo y distribución de la comunidad la cual se dividió en 13 secciones, pero en este caso se reportan los datos relativos a una muestra de 4 secciones. Para el levantamiento de datos se capacitó a estudiantes en el manejo del instrumento, después se hizo un reconocimiento físico de la comunidad para conocer más aspectos de la misma y las delimitaciones de las secciones. Se conformaron equipos de cuatro alumnos y cada integrante encuestó una sección y en

cada sección se encuestaron 10 casas y para este reporte se considerará una muestra de 40 hogares encuestados.

Una vez recabados los datos cuantitativos se hizo el análisis estadístico descriptivo de tendencia central y por frecuencias en una base de datos de SPSS versión 21, para clasificar información y generar el reporte de resultados.

RESULTADOS

En la tabla 1 se observa la edad del total de los habitantes de las 40 familias encuestadas en Guadalupe de Juárez, por rangos de edad, en donde el mayor porcentaje está representado por el rango de 41 a 60 años con un 21.55% de la población con 39 personas, seguido de un 19.33% correspondiente a los adolescentes de 13 a 21 años con 35 personas y en último lugar a los adultos mayores de 61 a 85 años, 15 personas que representan el 8.29% , la edad promedio de 29.80 con una desviación estándar de 19.93

Tabla 1
Total de habitantes por rango de edad correspondientes a las 40 familias de Guadalupe de Juárez

	Frecuencia	Porcentaje
Infancia (Nacimiento-6 años)	19	10.50%
Niñez (7-12 años)	21	11.60%
Adolescencia (13-20 años)	35	19.33%
Adulthood Joven (21- 25 años)	20	11.04%
Adulthood Intermedia (26- 40 años)	32	17.68%
Adulthood tardía (41-60 años)	39	21.55%
Vejez (61- 85 años)	15	8.29%
Promedio	29.80	100%
Desviación estándar	19.93	

Respecto al estado civil de los integrantes de las familias encuestadas se encontró que 94 de las 181 personas estaban solteros, lo que representa el 51.9% de la población, 79 casadas o en unión libre con el 43.6% y el 4.4% los constituyen viudo (6) y divorciado (2).

En la tabla 2 se observa el grado de escolaridad alcanzado por las personas encuestadas, dónde el 28.7% de la pobla-

ción estudió hasta último grado de primaria, mientras que el 23.8% fue hasta secundaria; por otro lado 4 personas estudiaron hasta la universidad, mientras que 2 personas ningún grado escolar.

Tabla 2
Escolaridad alcanzada por los habitantes de 40 hogares del Ejido Guadalupe Juárez

		Frecuencia	Porcentaje
	Kinder	8	4.4
	Primaria	24	13.3
	Secundaria	21	11.6
	Preparatoria	10	5.5
	Universidad	4	2.2
		Frecuencia	Porcentaje
	Último primaria	52	28.7
<i>Escolaridad alcanzada por los habitantes de 40 hogares del Ejido Guadalupe Juárez</i>	Último secundaria	43	23.8
	Último preparatoria	5	2.8
	Sin estudios	2	1.1
	Menores de 4	12	6.6
	Total	181	100.0

La tabla 3 indica las ocupaciones de las personas integrantes de las 40 familias encuestadas. Se observa que se dedican a ocupaciones muy variadas pero oficios no calificados, el 19.3% que representan 36 personas de las 40 familias se dedican al hogar, 43 son estudiantes solamente (23.8%); 53 son jornaleros/recolectores que representan al 29.3% de

la población; por otra parte 11 ocupaciones distintas muestran una frecuencia de 1 cada una que representa el 0.6% de la población y 4 que no trabajan ni estudian las cuales representan el 2.2% de las personas de los hogares encuestados.

Tabla 3
Ocupaciones de los habitantes de los 40 hogares entrevistados del Ejido Guadalupe de Juárez

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	36	19.3
Desempleado	1	.6
Estudiante	43	23.8
Empleado (limpieza)	1	.6
Comerciante	5	2.8
Operador	1	.6
Jornalero/recolector	53	29.3
Albañil	1	.6
Guardia/seguridad	1	.6
Obrero	5	2.8
Granjero	1	.6
Velador	1	.6
Chofer	1	.6
Construcción	1	.6
Otras	1	.6
Edad no productiva	17	8.8
Ninguna	4	2.2
Ejidatario	1	.6
Artesano	7	3.9
Total	181	100.0

En la tabla 4 se muestra la ubicación del lugar de trabajo donde se dirigen las personas encuestadas en Guadalupe de Juárez y sus familiares. El 41.37% de la población en-

cuestada trabaja en su misma localidad, siendo 48 personas, mientras que 46 (39.65%) lo hacen fuera de su localidad; por otro lado 11 personas lo hacen en otra colonia cercana y 11 más dentro de la localidad sumando el 9,48% de la población cada uno.

Tabla 4
Ubicación del lugar de trabajo de las personas encuestadas del Ejido Guadalupe de Juárez

Lugar de trabajo	Frecuencia	Porcentaje
En la misma colonia	48	41,37
Otra colonia cercana	11	9.48
Dentro de la localidad	11	9.48
Fuera de la localidad	46	39.65
Total	116	100.0

En relación al ingreso semanal promedio de las 40 familias de acuerdo a lo reportado las personas que cuentan con un trabajo, el ingreso promedio es de \$862.17 a la semana, con una desviación estándar de \$309.79, el ingreso con más frecuencia fue de \$900 lo cual no es muy diferente al promedio, los más bajos fueron de \$100 con una frecuencia de 3 y \$1600 siendo solamente una persona (Ver tabla 5).

Tabla 5
Ingreso promedio familiar semanal de los habitantes del Ejido Guadalupe de Juárez.

Ingreso	Moneda Na-	Frecuen-	Porcen-
cional		cia	taje
100		3	3.84
500		10	12.82
600		2	2.54
650		2	2.54
700		10	12.82
800		11	14.10
900		14	17.94
950		1	1.28

*Tabla 5 (continuación).
Ingreso promedio familiar semanal de los habitantes del Eji-
do Guadalupe de Juárez.*

Ingreso	Moneda Na-	Frecuen-	Porcen-
cional		cia	taje
1000		9	11.53
1100		2	2.54
1200		5	6.41
1300		2	2.54
1400		3	3.82
1500		3	3.82
1600		1	1.28
Total		78	100.0
Promedio		862.17	
DS=		309.79	

En cuanto al ingreso familiar semanal extra de las familias se obtuvo que solamente 13 familias que representan el 7.2% reciben un ingreso extra aportado por algunos de los miembros de las familias desde \$100.00 hasta \$1090.00, con una media de \$389.23 y una desviación estándar de \$308.96 en ingreso extra.

Respecto a la cantidad de integrantes pertenecientes a las familias encuestadas que han perdido el empleo. El 75% de los habitantes encuestados comentaron que nunca habían perdido su empleo frente al 25% que sí. Sin embargo, éste 25% mencionó haber perdido el empleo anteriormente o más veces, pero pudieron recuperarlo o tuvieron la iniciativa de buscar y/o encontrar otro de alguna manera.

En relación a embarazos existentes de las mujeres pertenecientes a las familias encuestadas en donde se realizó dicha investigación no se encontró una sola persona embarazada. Respecto a la edad del primer embarazo de las mujeres

que ya tienen un hijo van desde los 14 hasta los 34 años de edad, con un promedio de 19.80 años y una desviación estándar de 4.67, la frecuencia más alta es la de 17 años con 7 representando al 17.07% de la población, en segundo lugar están las personas que tuvieron el primer hijo a los 15 años que representan al 14.63% de las personas siendo 6 mujeres; por el contrario las edades de 23, 27, 30 y 34 que representan al 2.43% cada uno sólo han sido una persona por edad (Ver tabla 6).

Tabla 6
Edad del primer embarazo de mujeres pertenecientes a las familias encuestadas

	Frecuencia	Porcentaje
14	2	4.87
15	6	14.63
16	3	7.31
17	7	17.07
18	2	4.87
19	2	4.87
20	3	7.31
21	3	7.31
22	4	9.75
23	1	2.43
25	2	4.87
26	3	7.31
27	1	2.43
30	1	2.43
34	1	2.43
Total	41	100.0
Promedio	19.804	
DS=	4.67	

En cuanto al estatus de propiedad de las viviendas de las familias, el 87.5% indica que 35 de ellas tienen una vivienda propia y el 12.5% que corresponde a 5 familias tienen una vivienda prestada. El material con el que están construidas las viviendas es ladrillo con un 55.0 %, posteriormente

encontramos adobe con un 47.5%, le sigue lámina con un 5.0%, block y cartón con un 2.5% la madera no se utilizó en ninguna vivienda.

La tabla 7 se reportan los servicios con los que cuentan las familias; el servicio disponible para el 100% es el agua potable, seguido de electricidad con un 95%, posteriormente se encontró gas con un 67.5% utiliza gas, lo que indica que el 32.5% utiliza leña para la preparación de los alimentos, un 5% cuenta con teléfono, uso de letrina 2.5%, lo que nos permite identificar posibles focos de infección y de higiene en los hogares, otro 2.55% tiene el servicio cable y ninguna familia cuenta con servicio de internet, lo cual quiere decir que no se dispone ni se tiene el acceso a este tipo de servicio.

Tabla 7
Servicios con los que cuentan las 40 familias encuestadas en Ejido Guadalupe de Juárez

Servicios	Frecuencia	Porcentaje del total de viviendas encuestadas
Agua Potable	40	100.0
Letrina	1	2.5
Internet	0	100
Cable	1	2.5
Electricidad	38	95.0
Gas	27	67.5
Teléfono	2	5.0

La Tabla 8 muestra los porcentajes en relación a las veces en días de la semana respecto al consumo en proporción a las 40 las familias en estudio y en relación a cada tipo de alimentos. En donde el alimento más consumido fueron los huevos con un 60% (7 días por semana), le sigue verduras con un 52.5% (7 días por semana), posteriormente harinas y granos con un 42.5% (7 días por semana), leche con un 27.5% (7 días a la semana), refrescos con un 20% (7 días por semana), cereales con un 12.5% (7 días por semana), frutas y dulces con un 10% (7 días por semana), comida chatarra con un 7.5% (7 días por semana) y los alimentos menos mencio-

nados fueron carnes rojas, carnes blancas y frituras con un 2.5% (7 días por semana) cada una.

Tabla 8
Porcentaje de alimentos consumidos por las 40 familias encuestadas en Ejido Guadalupe de Juárez (cantidad de días a la semana)

Tipo de alimento	0	1	2	3	4	5	6	7	Total
Leche	7.5	17.5	2.5	10	5	15	15	27.5	100%
Huevos	2.5	7.5	7.5	5	12.5	5		60	100%
Carnes Rojas	27.5	25	32.5	12.5				2.5	100%
Carnes Blancas	15	52.5	22.5	7.5				2.5	100%
Harinas y gra- nos	15	10	5	7.5	5	7.5	7.5	42.5	100%
Frutas	15	17.5	15	30	5	7.5		10	100%
Verdu- ras	12.5	12.5	7.5	5		10		52.5	100%
Frituras	42.5	27.5	17.5	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5	100%
Dulces	55	30	5					10	100%
Comi- da Cha- tarra	55	27.5	5	2.5	2.5			7.5	100%
Cerea- les	30	15	7.5	22.5	10	2.5		12.5	100%
Refres- cos	30	7.5	15	12.5	2.5	7.5	5	20	100%

La frecuencia con la que se enferma la familia, el 5% indica que 2 familias se enferman una vez por semana, el 30% indica que 12 familias se enferman una vez al mes, el 52.5% indica que 21 familias se enferman una vez al año, el 10% indica que 4 familias se enferman 2 veces al año y el 2.5% indica que solo 1 familia se enferma con otra frecuencia (Ver tabla 9).

Tabla 9
Frecuencia con que se enferman los integrantes de las familias del Ejido Guadalupe de Juárez

Veces que se enferman	Frecuencia	Porcentaje
Una vez por semana	2	5.0
Una vez al mes	12	30.0
Una vez al año	21	52.5
Dos veces al año	4	10.0
Otra	1	2.5
Total	40	100.0

La cantidad de integrantes de las familias encuestadas que padecen alguna enfermedad. El 32.5% indica que 13 de las familias si tienen un integrante con enfermedad y el 67.5% indica que 27 familias no tienen ningún integrante con enfermedad, estas enfermedades eran desde un desgaste en alguna de sus rodillas hasta incluso asma que fue una de las enfermedades que más familias mencionaron que había en sus hogares.

Respecto a la atención médica el 5% indica que 2 familias reciben atención medica una vez por semana, el 35% 14 familias reciben atención medica una vez al mes, el 17.5% que corresponde a 7 familias reciben atención médica una vez al año, el 5% indica que 2 familias reciben atención médica 2 veces al año, el 35% indica que 14 familias reciben atención médica sólo cuando se enferman y el 2.5% que sólo es una familia recibe con otra frecuencia atención médica.

Los lugares donde reciben atención médica es el Centro de Salud (9 familias), Hospital General (6 familias), IMSS (24 familias) y otra institución (1 familia), donde se identifica que el 60% es derechohabiente del IMSS. Cabe mencionar que el servicio médico más cercano al que tienen acceso lo reciben aproximadamente a 50 km. de distancia.

Con relación a las familias que tienen al menos un miembro que fuma, toma o consume alguna sustancia. 12 familias el 30% reconocen que sí y 28 familias el 70% indican que no. En cuanto a alguna adicción al alcohol, tabaco o alguna otra droga. El 72.5% de los encuestados que ningún familiar

presenta alguna adicción; sin embargo, una familia expresó que 4 de sus miembros tenían adicción.

En cuanto al tipo de enfermedad que padecen las familias en Guadalupe de Juárez, 17 familias 42.5% presentaron enfermedades infecciosas y parasitaria, 9 familias el 22.5% 9 familias tienen o han tenido enfermedades crónico-degenerativas, 10 familias el 25% reportan que tienen o han tenido adicciones, 19 familias el 47% indica padecen de enfermedades respiratorias, 6 familias el 15% han presentado alteraciones emocionales o psicológicas, 20 familias el 50% indica que han tenido enfermedades digestivas y sólo una familia ha padecido otro tipo de enfermedad, lo cual indica que algunas familias reportan 2 ó más enfermedades en alguno de sus integrantes.

Sobre la percepción de las familias encuestadas respecto a la presencia de violencia perpetrada por algún integrante de familia. El 10% de los encuestados revelaron que algún miembro de su familia presentaba comportamientos violentos.

En cuanto al tipo de animales o mascotas con las que cuentan las familias el más frecuente es el perro donde un 64.70% de las familias tienen al menos uno; el segundo animal es el gato (17.64%) y los menos comunes fueron aves, peces y conejos con 5.88% cada uno. El tipo de control de cuidado médico de las mascotas el 76.47% es por medio de campañas de vacunación y el 23.53% no tiene ningún tipo de cuidado.

Sobre las actividades de esparcimiento el porcentaje y promedio de horas que las familias dedican se encontró que la actividad más realizada es ver TV con 1.9 horas por día; solo 5% de la muestra dedica 0 horas de su día a ver televisión y más 45% dedica al menos 1 hora diaria. La segunda actividad de esparcimiento más realizada es convivir con la familia, más del 20% dedica al menos una hora y el 40% dedica 0 horas. En contraste las actividades menos realizadas son usar internet con 0 horas promedio diarias, esto es debido a que no está presente este servicio en la Comunidad, por lo que la actividad menos realizada es jugar con video-juegos con 0.05 horas diarias, solo el 2.5% dedica 2 horas a esta actividad. Le continúa lectura; por familia se lee

0.15 horas al día, en otras palabras, entre las 181 personas se leen 6 horas al día (Ver tabla 10).

Tabla 10
Porcentaje y promedio de horas que dedican las familias de Guadalupe de Juárez a actividades de esparcimiento

Act/ Horas	0	1	2	3	4	5	Total	
Ver TV	1.9	5.0%	45.0%	25.0%	10.0%	10.0%	5.0%	100%
Visitar a amigos	1.35	35.0%	17.5%	30.0%	15.0%		2.5%	100%
Lectura	0.15	92.5%	5.0%			2.5%		100%
Convivir con familia	1.65	40.0%	20.0%	7.5%	10.0%	12.5%	10.0%	100%
Pasear	0.22	40.0%	20.0%	7.5%	10.0%	12.5%	10.0%	100%
Hacer deporte	0.35	82.5%	7.5%	5.0%	2.5%	2.5		100%
Uso de internet	0	100%						
Dormir	0.3	70%	22.5%	5.0%	2.5%			100%
Comer	1.5	22.5%	35.0%	17.5%	20.0%	5.0%		100%
Fiestas	0.3	90.0%		2.5%	5.0%	2.5%		100%
Escuchar música	0.67	65.0%	17.5%	7.5%	7.5%		2.5%	100%
Videojuegos	0.05	97.5%		2.5%				100%
Otra	0.17	92.5%		5.0%	2.5%			100%

En cuanto a la percepción de los aspectos positivos sobre su entorno algunos de los entrevistados referían que no reconocían algún aspecto positivo en la comunidad. Sin embargo, hubo quienes consideraban como positivo contar con agua y luz, tener una escuela, una iglesia, un estadio y un centro de cómputo, también expresaban como un aspecto positivo el que la escuela se mantuviera limpia, que se llevaran a cabo fiestas y la presencia de personas que se ayudan, apoyan y conviven entre sí. Así como tener cerca a la familia. Los aspectos negativos expresados por los entrevistados respecto a su entorno, sus cometarios giraron con base a las necesidades básicas no cubiertas, conflictos sociales, presencia de drogadicción, falta de apoyos económicos y falta de áreas de esparcimiento. A continuación se detallan ejemplos de cada aspecto. Las necesidades básicas no cubiertas; los habitantes expresaron que en la comunidad no

hay alumbrado público, drenaje y consideran que hacen falta más escuelas y mejores maestros. En infraestructura de comunicación terrestre refieren como muy importante la construcción de la carretera y la pavimentación de las calles ya que se les complica transportarse hacia otras poblaciones en tiempo de lluvias debido a la inaccesibilidad de los caminos. También hacen mención a la falta de atención médica por parte del centro de salud pública dentro de su comunidad. Sobre la seguridad pública en su comunidad mencionaron que la nula vigilancia en el poblado por parte de autoridades del municipio provoca situaciones de vandalismo y robos en casa habitación. Aunado a ello señalan que la existencia de un expendio de bebidas alcohólicas en su comunidad propicia en ocasiones algunos actos ilícitos. Respecto a los conflictos sociales; algunos habitantes comentaron que existen desacuerdos y no hay apoyo entre los vecinos y ejidatarios. En relación a la presencia de adicciones y drogadicción una queja manifiesta de manera recurrente fue sobre la presencia de borrachos, drogadictos y la prostitución. En cuanto a los apoyos económicos; los entrevistados comentaron que en ocasiones éstos son recibidos por sus líderes y destinados a objetivos personales y no al beneficio de la comunidad, también comentaron sobre la falta de generación de mayor número de empleos para la población económicamente activa y apoyos económicos a personas mayores. Finalmente en relación a las áreas de esparcimiento reportaron que es necesario remodelar el parque existente y terminar de construir la cancha deportiva.

CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo caracterizar las condiciones de vulnerabilidad de una comunidad rural del sur de Sonora, identificando las problemáticas y/o áreas de oportunidad presentes en una muestra de hogares, por lo que se cumple con el mismo en virtud de que los resultados indican que existen las condiciones de vulnerabilidad asociados a la pobreza, rezago educativo y social esto debido a que las condiciones de las viviendas de la comunidad en estudio más del 50% son construidas con adobe, un alto porcentaje son jornalero con ingresos promedio semanal de

\$ 900.00, las mujeres mayores de edad son amas de casa y los menores estudiantes de educación básica. En cuanto a educación el índice de escolaridad alcanzado es básico (primaria y secundaria máximo) lo cual es considerado bajo. Respecto a los servicios públicos y de salud, los habitantes no cuentan con servicio médico dentro de la comunidad y quienes tienen acceso éste reciben atención médica pero en áreas urbanas a más de 50 kms. o bien acuden al médico hasta cuando se enferman al menos una vez al año. Por otra parte, no cuentan con servicios de drenaje, recolección de basura; quienes tienen mascotas como perros y gatos; éstos sólo son vacunados cuando existen campañas de vacunación animal por parte del sector público de salud; representando posibles focos de contaminación, problemas medioambientales y de salud pública.

La marginación social y la pobreza que prevalecen en las comunidades rurales se extienden a lo largo de la vida de la juventud y sus familias, donde una buena parte de la vulnerabilidad surge de la forma en que son tratadas las personas de las zonas rurales por el resto de la sociedad urbanizada. Es decir, las minorías socialmente excluidas son más propensas a sufrir un acceso desigual a los recursos y las oportunidades debido a lo que son o a cómo son percibidos. Es así que la interconexión de la exclusión social, la desigualdad y la pobreza tienden a reforzarse mutuamente y tal situación conlleva al riesgo temporal o permanente y éste se agrava si la persona es mujer, de un grupo étnico minoritario y vive en una zona rural. Por lo que, la pobreza sigue siendo una de las amenazas más graves a las oportunidades de las y los ciudadanos de nuestro país y regiones rurales, manifestándose como por ejemplo en la escasez de alimentos y oportunidades laborales lo cual impacta en el bienestar y las oportunidades en la vida de los pobladores de las comunidades rurales asimismo su efecto tiende a ser generalizado y duradero.

Las condiciones socioeconómicas presentes en las familias de la comunidad en estudio representan una amenaza inmediata y a futuro grave para las oportunidades de las y los ciudadanos de la comunidad estudiada que favorezca la mejora de los índices de calidad de vida, y para los jóvenes

si no asumen con esfuerzo y dedicación el compromiso para transformar su entorno ya que es probable que éstos incurran en actos delictivos, consumo o venta de estupefacientes entre otras conductas antisociales manifiestas, lo cual se confirma con los hallazgos de investigaciones como las realizadas en España por Pelegrín, Garcés y Canton (2010); en México por Gaeta y Galvanovski (2011) y Sudamérica en Colombia por Uribe, Sanabria, Orcasita y Castellanos (2016) destacando en todos los casos que los hombres son más propensos que las mujeres a realizar conductas antisociales y delictivas, así como un comportamiento antisocial más agresivo, y que dentro del rango de edad de los 13 a los 15 años, hay un mayor riesgo a desarrollar problemas emocionales y sociales, con tendencia a mostrar más conductas antisociales y delictivas. Dichas conclusiones ponen en perspectiva la importancia de reconocer las condiciones de desigualdad en que se encuentran las comunidades rurales y en donde los valores y las instituciones sociales que ofrecen oportunidades de todo tipo no son accesibles para todos y en particular para la comunidad en estudio.

Cabe señalar que, los retos de la transición demográfica de acuerdo a los datos sociodemográficos y económicos descritos en los antecedentes y los resultados de este trabajo será importante resolver la dependencia económica que traerá el envejecimiento de la población, el empleo e ingreso para la población económicamente activa joven que al no alcanzar mayores niveles de escolaridad, así como la tasa de natalidad proveniente de este grupo poblacional será necesario abatir los índices de pobreza, educación y rezago social favoreciendo las condiciones socioeconómicas y de desarrollo social de las zonas rurales. Considerando que los adolescentes de hoy es en quienes estará cimentado el desarrollo social y económico del país en los próximos años; por ello es importante realizar intervenciones ya sea mediante el enfoque multimodal (cognitivo-conductual) desarrollado por Lazarus en 1983 (como se citó en Beelman y Lösel, 2006), así como el planteado por Arce y Fariña (2007) denominado modelo de “no modelo” donde ofrecen un enfoque integrador del comportamiento antisocial y postulan una intervención multimodal y multinivel (factores asociados a variables

individuales, de grupo, red de apoyo y del ámbito laboral) el cual proponen a partir de la revisión de los modelos clásicos, los paradigmas aplicables al comportamiento antisocial y; de la experiencia en investigación contrastando los factores de riesgo y protectores del comportamiento inadaptado de menores y adolescentes. Es decir, que no se puede reducir el comportamiento antisocial a un único modelo explicativo, sino que para cada contexto se precisa de un modelo específico que se ajuste al mismo.

REFERENCIAS

- Arce, R., y Fariña, F. (2007). Teorías de riesgo de la delincuencia. Una propuesta integradora. En F. J. Rodríguez y C. Becedóniz (Coords.), *El menor infractor. Posicionamientos y realidades* (pp. 37-46). Oviedo: Servicio de Publicaciones del Principado de Asturias. Recuperado de http://www.usc.es/export9/sites/webinstitucional/gl/servizos/uforense/descargas/teorias_de_riesgo_de_la_delincuencia.pdf
- Beelmann, A. y Lösel, F. (2006). Child social skills training in developmental crime prevention: Effects on antisocial behavior and social competence. *Psicothema*, 18, 603-610. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/727/72718342/>
- Clark-Carter, D. (1997). *Investigación cuantitativa en Psicología: Del diseño experimental al reporte de investigación*. Oxford: University Press.
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2007). *Designing and conducting Mixed Methods research*. Thousand Oaks, CA: Sage. doi:10.1177/1558689807306132
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2016). *Estado Mundial de la Infancia 2016: Una oportunidad para cada niño*. Recuperado de https://www.unicef.org/spanish/publications/files/UNICEF_SOWC_2016_Spanish.pdf
- Gaeta y Galvanovskis (2011). Propensión a conducta antisocial y delictiva en adolescentes mexicanos. *Revista Psicología Iberoamericana*, 19(2), 47-54. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133921440006>.
- Gobierno del Estado de Sonora. (2016). Grupo Estatal para la prevención del embarazo Adolescente (GPEA). Recuperado de <http://www.coespo.sonora.gob.mx/documentos/gepea/representaciones/REUNION17MARZO2016.pdf>
- Instituto Nacional Estadística y Geografía (INEGI). (2015). *Encuesta Intercensal: Panorama sociodemográfico de Sonora 2015*. Recuperado de <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/Panorama2015/Web/Contenido.aspx#Sonora26000>
- Instituto Nacional Estadística y Geografía (INGEI). (2016). *Resumen. Sonora. Información por entidad*. Recuperado de <http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/son/default.aspx?tema=me&e=26>
- Kaztman, R. (2000). *Notas sobre la medición de la vulnerabilidad social*. Quinto taller Regional. La medición de la pobreza, métodos y aplicaciones. Aguascalientes, México, Junio. BID-BIRF-CEPAL. Recuperado de <http://repositorio.cepal.org/handle/11362/3154>
- Moreno, J. (2008). El concepto de vulnerabilidad social en el debate en torno a la desigualdad: Problemas, Alcances y Perspecti-

- vas. Chile. Recuperado de <http://www.sitemason.com/files/h2QrBK/WORKING%20PAPERS%209.pdf>
- Morse, J. M. (2003). Principles of Mixed Methods and multimethod research design. En A. Tashakkori & C. Teddlie (Eds.), *Handbook of Mixed Methods in social and behavioural research* (pp. 189-208). Thousand Oaks, CA: Sage. doi:10.1097/00006199-199103000-00014
- Retamoso, A. (2002). *Ciclo de vida familiar, patrones reproductivos y el trabajo como activo: evolución y estrategias en Uruguay. Notas de Población* 74, 111-161, CEPAL. http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/12726/np74111161_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Pelegrín, M. A., Garcés de los Fayos, R. E., Cantón Ch. E. (2010). Estudio de conductas prosociales y antisociales. Comparación entre niños y adolescentes que practican y no practican deporte. *Revista Información Psicológica*, 99, 64-78. Recuperado de <http://www.informaciopsicologica.info/OJSmottif/index.php/leonardo/article/view/149/115>
- Rodríguez, V. J. (2001). *Vulnerabilidad y grupos vulnerables: un marco de referencia conceptual mirando a los jóvenes*. Naciones Unidas. Chile. Recuperado de <http://archivo.cepal.org/pdfs/2001/S018659.pdf>
- Rodríguez, V. J. (2004). *Vulnerabilidad social y sociodemográfica: distinciones conceptuales, antecedentes empíricos y aportes de política*. Taller sobre vulnerabilidad NEPO, CELADE. México. Recuperado de http://sociales.uaz.edu.mx/c/document_library/get_file?uuid=03b41509-11f3-40be-b74b-ec00373ecd92&groupId=12606
- Secretaría de Desarrollo Social. (2016a) Catálogo Localidades, Guadalupe de Juárez. [Microrregiones.gob.mx](http://www.microrregiones.gob.mx). Recuperado de <http://www.microrregiones.gob.mx/catloc/contenido.aspx?refnac=260420052>
- Secretaría de Desarrollo Social. (2016b). Indicadores de carencia en viviendas. Recuperado <http://www.microrregiones.gob.mx/catloc/contenido.aspx?refnac=260420052>
- Secretaría de Desarrollo Social. (2016c). Indicadores de rezago social. Recuperado de <http://www.microrregiones.gob.mx/catloc/contenido.aspx?refnac=260420052>
- Secretaría de Desarrollo Social. (2016d). Indicadores de Marginación. Recuperado de <http://www.microrregiones.gob.mx/catloc/contenido.aspx?refnac=260420052>
- Uribe, A.F., Sanabria, A.M., Orcasita, L., y Castellanos, J. (2016). Conducta antisocial y delictiva en adolescentes y jóvenes colombianos. *Informes Psicológicos*, 16(2), pp. 103-119. <http://dx.doi.org/10.18566/infpsicv16n2a07>

CALIDAD DEL AMBIENTE FÍSICO, CALIDAD DE VIDA Y BIENESTAR PSICOLÓGICO EN PERSONAS DE BAJO NIVEL SOCIOECONÓMICO

Laura Fernanda Barrera Hernández¹

Mirsha Alicia Sotelo Castillo¹

Oscar Cruz Pérez²

Cesar Octavio Tapia Fonllem³

*Instituto Tecnológico de Sonora*¹

*Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas*²

*Universidad de Sonora*³

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo comparar la calidad del ambiente físico del lugar donde viven, la calidad de vida y el bienestar psicológico de personas de nivel socioeconómico bajo y medio-alto, así como medir la relación existente entre las variables de estudio. Participaron 215 personas, de las cuales 51.6% eran de nivel socioeconómico bajo y 48.4% de nivel socioeconómico medio-alto. Entre los resultados destaca que los participantes reportan niveles moderados de conservación física, mayores puntajes en calidad de vida y un alto nivel de bienestar psicológico. Se encontraron diferencias significativas respecto a los dos grupos comparados, donde las personas de bajo nivel socioeconómico presentaron puntuaciones inferiores en calidad del ambiente físico del lugar donde viven, calidad de vida y bienestar psicológico. Asimismo, se observaron relaciones positivas y significativas entre conservación física, calidad de vida y bienestar psicológico.

Palabras clave: calidad ambiental, calidad de vida, bienestar psicológico.

INTRODUCCIÓN

En este capítulo se analizan las variables calidad del ambiente físico del barrio, calidad de vida y bienestar psicológico en personas de bajo nivel socioeconómico, basados en

la premisa de que, la conservación física del barrio, la calidad de vida e incluso el bienestar psicológico son constructos que pueden variar en función del nivel socioeconómico de las personas.

El estudio de la calidad ambiental, se enmarca dentro del campo de la psicología ambiental la cual, fue considerada por Roth (2000) como la interdisciplina que estudia las relaciones entre el comportamiento humano y su entorno, sea físico (construido-natural) o social. Corral, Frías y González (2003) representan al ambiente físico como naturaleza o ambiente construido; y al ambiente social, con la comunidad o sociedad.

Calidad ambiental

La calidad ambiental, desde la perspectiva de Milbrath y Sahr (1975) representa estar altamente satisfecho con los elementos ambientales que son importantes para una persona. Luengo (1998) propone a calidad ambiental, como las condiciones óptimas que rigen el espacio habitable en términos de confort (ecológico, biológico, económico-productivo, socio-cultural, tipológico, tecnológico y estético en sus dimensiones espaciales) para la conformación de un hábitat saludable, confortable y capaz de satisfacer los requerimientos básicos de sustentabilidad de la vida humana individual y en interacción social dentro del medio urbano. Yassi, Kjellström, de Kok y Guidotti (2002) definen a ambientes de calidad como “ambientes saludables” los cuales deben poseer: aire limpio, abastecimiento de agua potable, alimento adecuado y seguro, vivienda en asentamientos seguros y pacíficos; así como ambiente global estable, es decir ecosistema estable y apropiado para la supervivencia humana con eliminación sanitaria de excretas y desechos sólidos que son condiciones para una vida sana y productiva, además de una adecuada y correcta educación con componentes ambientales y un cambio de actitudes y hábitos inadecuados para la conservación del ambiente y de la salud. Nichol y Wong (2005) delimitan calidad ambiental como aquella consecuencia de la interacción del conjunto de factores humanos y ambientales que inciden de manera favorable o desfavorablemente en los habitantes de una ciudad.

Corral *et al.* (2014) sugieren que la calidad ambiental, se conforma por la conservación física y conservación social del ambiente. La primera corresponde a la calidad del ambiente físico, se encuentra integrada por condiciones materiales propicias (tales como espacios físicos limpios, funcionales y con la temperatura adecuada para la realización de las actividades, contar acceso a áreas verdes limpias y cuidadas, instalaciones conservadas) para una vida decente y digna de las personas; y la segunda, corresponde a la calidad del ambiente social y está constituida por el predominio de prácticas convivencia pacífica y respetuosa, presencia de normas prosociales voluntarias a las que la población se adhiere.

Respecto a la medición de la calidad ambiental, Craik y Zube (1976) señalan que la evaluación de la calidad ambiental puede ser útil para diversos propósitos entre ellos, especificar objetivos de políticas ambientales, evaluar la efectividad de programas para la protección ambiental, medir el impacto ambiental de propuestas de proyectos públicos y privados, así como para comunicar tendencias o direcciones de calidad ambiental a ciudadanos, servidores públicos, entre otros. Por otra parte, Milbrath y Sahr (1975) distinguen tres funciones significativas de las medidas de calidad ambiental: como *indicador importante del desempeño del sistema de gestión pública*, como una *herramienta para la planificación social*, además de como *variables útiles y necesarias en los modelos de sistemas ambientales*.

Es importante establecer los límites del concepto de calidad ambiental y su relación con el término calidad de vida. La calidad ambiental, está orientada al conocimiento y análisis de aquellos aspectos que integran el hábitat físico donde las personas desarrollan actividades básicas como vivir, trabajar, alimentarse, descansar, desplazarse y disfrutar, a fin de identificar cuáles son los diferentes aspectos y condiciones que propician o entorpecen estas actividades y la determinación de sus variables e indicadores; entonces, calidad ambiental, es un término más particularizado y con una indiscutible connotación espacial, a diferencia del concepto Calidad de vida (Luengo, 1998).

Entre las investigaciones acerca de este tema, está la realizada por Lucumí, Grogan-Kaylor y Espinosa-García (2013) quienes, en su estudio con mujeres residentes en barrios de bajo nivel socioeconómico de Bogotá, encontraron que la posición socioeconómica y la percepción de entorno del barrio estuvieron inversa y significativamente asociadas a la autopercepción del estado de salud. Adicionalmente, Hombrados-Mendieta y López-Espigares (2014) hallaron que la satisfacción con el entorno físico del barrio, la motivación y el apoyo social que prestan las instituciones son tres de las dimensiones del sentido de comunidad que mejor predicen la calidad de vida residencial, además de que los componentes del sentido de comunidad que predicen la calidad de vida residencial varían según la posición socioeconómica de los barrios.

CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida es definida por el grupo del proyecto de World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) como aquella apreciación del individuo acerca de su posición en la vida, contexto, cultura y sistema de valores en los que vive; esto en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. Además, reúne de una manera compleja los siguientes elementos: salud física, estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, ambiente y creencias personales; es entonces, una evaluación subjetiva que considera el contexto cultural, social y ambiental; sin embargo, este término no se debe de igualar con conceptos como estado de salud, estilo de vida, estado mental, bienestar o satisfacción con la vida (Lucas, 1998).

Urzúa y Caqueo-Urizar (2012) señalan que las múltiples definiciones existentes acerca de calidad de vida pueden ser agrupadas en categorías según su perspectiva: calidad de vida como equivalente a la suma de los puntajes de las condiciones³ de vida tales como salud, relaciones sociales, actividades funcionales u ocupación; desde otra perspectiva se plantea a la calidad de vida como un sinónimo de satisfacción personal, donde desde esta visión la CV sería la sumatoria de la satisfacción en los diversos dominios de la vida. Por otro lado, una perspectiva distinta es la centrada

en las condiciones de vida, las cuales pudieran ser establecidas mediante indicadores biológicos, sociales, materiales y conductuales.

La calidad de vida es una variable ampliamente estudiada, no obstante, muchas investigaciones relacionadas a ésta son específicas del área de la salud (p.e. Glimelius, Hoffman, Sjöden, Jacobsson, Sellström, Enander, Svensson, 1996; Ortega, Rebollo, Bobes, González y Saiz, 2000; Villarreal, Loredó, Cuevas, 2005; Salas y Grisales, 2010; Mera y Ortiz, 2012) o acerca de la calidad de vida en adultos mayores (Guallar-Castillón, Peralta, Banegas, López, Rodríguez-Artalejo, 2004; Urzúa, Bravo, Ogalde, Vargas, 2011; Acosta et al. 2017).

BIENESTAR PSICOLÓGICO

Para Cuadra y Florenzano (2003) el bienestar psicológico no implica simplemente vivir la vida de manera feliz, sino que incluye los procesos del “vivir” con sus mezclas de sabores dulces y amargos; una vida que no evita el dolor, sino que, por lo contrario, la enfrenta y le da un significado constructivo para transformar lo doloroso y conflictivo en algo positivo y digno de vivirse. El concepto de bienestar psicológico surgió en los Estados Unidos y se fue precisando a partir del desarrollo de las sociedades industrializadas y del interés por las condiciones de vida. El bienestar psicológico se relacionaba con la apariencia física, inteligencia, y el dinero, pero actualmente con el desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal, donde el individuo muestra indicadores de funcionamiento positivo (Salotti, 2006). Carr (2007) conceptualiza al bienestar psicológico como la plena realización del potencial psicológico. Corral (2012) lo concibe como el equivalente positivo de “salud mental”, pero en este caso la “sanidad” de la mente no se concebiría como la ausencia de “afecciones” psicológicas, sino como la presencia de un estado de realización, bienestar subjetivo, crecimiento y plenitud. El concepto de bienestar psicológico incluye tanto elementos relacionados con el ámbito afectivo como con el evaluativo (Vázquez y Hervás, 2008).

El bienestar psicológico es un constructo que ha sido ampliamente estudiado en el campo de la psicología; confundi-

do en muchas ocasiones con constructos como la calidad de vida o la salud mental (Balcázar, Loera, Gurrola, Bonilla, Trejo, 2009).

Para Diener (1994) existen tres características que definen el bienestar psicológico: subjetividad, presencia de indicadores positivos y ausencia de factores negativos, y una valoración global de la vida. Un alto bienestar depende de una apreciación positiva de la vida que perdura a lo largo del tiempo; y el bajo bienestar depende del desajuste entre expectativas y logros. El componente cognitivo en la investigación científica aparece más relevante, dado que su principal característica es la estabilidad; es decir, se mantiene en el tiempo e impregna la vida global de los sujetos. Mientras que el componente afectivo se presenta como mucho más lábil, momentáneo y cambiante. En general las investigaciones en el campo de la satisfacción se han interesado generalmente por los componentes que han demostrado ser más estables.

Existen dos perspectivas explicativas del bienestar psicológico y los factores que lo determinan. La primera de ellas, se corresponde con las teorías denominadas “abajo-arriba” (*bottomup*), dirigidas a identificar qué necesidades o factores externos al sujeto afectan su bienestar. La segunda, se relaciona con la perspectiva teórica “arriba-abajo” (*topdown*), interesada por descubrir los factores internos que determinan cómo la persona percibe sus circunstancias vitales, independiente de cómo sean éstas objetivamente, y de qué modo dichos factores afectan los juicios o valoraciones que lleva a cabo sobre su felicidad o bienestar personales. Las investigaciones iniciales estuvieron guiadas por la primera de estas perspectivas; no obstante, debido a las reiteradas evidencias empíricas que indicaban la escasa varianza explicada por las variables objetivas y factores demográficos expuestos, muchos investigadores decidieron adentrarse en la segunda de estas sendas, identificando las variables internas que llevan a las personas a experimentar bienestar o a considerarse a sí mismas felices (Millán y D’Aubeterre, 2011).

En relación a investigaciones de acerca de bienestar y el nivel socioeconómico, Palomar y Lanzagorta (2005) realizaron un estudio donde midieron diversos recursos psicoló-

gicos entre ellos autoestima, locus de control interno, estilos de afrontamiento, motivación al logro y bienestar subjetivo, en personas de condiciones de pobreza extrema y no pobres, en los resultados observaron medias más bajas en autoestima, locus de control interno, estilos de afrontamiento, motivación al logro y bienestar subjetivo en el grupo de pobres extremos, a diferencia del grupo de no pobres que obtuvo medias más elevadas. Asimismo, Figueroa, Contini, Lacunza, Levín y Estévez (2005) desarrollaron una investigación con adolescentes de bajo nivel socioeconómico encontrando una predominancia de adolescentes con bajo bienestar, los cuales presentaron insatisfacción en las áreas vitales de familia, estudio, amigos, aceptación de sí y proyectos personales.

El objetivo de la presente investigación, fue comparar la calidad del ambiente físico del lugar donde viven, la calidad de vida y el bienestar psicológico de personas de nivel socioeconómico bajo y medio-alto, así como medir la relación existente entre las variables de estudio.

MÉTODO

PARTICIPANTES

En el estudio participaron 215 personas, de dos ciudades del Estado de Sonora en México, 136 vivían en la Ciudad de Hermosillo y 79 en Ciudad Obregón. El 55.8% pertenecen al sexo femenino y 44.2% al sexo masculino, las edades oscilaron entre 15 y 85 años, con una media de 33.46 años ($DE=14.05$).

En relación al nivel de estudios, el 1.9% de los participantes tiene primaria, 6% secundaria, 38.6% preparatoria, 46.5% de los participantes licenciatura, 2.8% maestría, y 2.3% tiene estudios de doctorado; 2.8% no respondió esa pregunta.

El nivel socioeconómico de los participantes se infirió por medio del ingreso familiar promedio mensual reportado. El 7.9% tenía un ingreso familiar mensual que iba de \$0 a \$2500 pesos, 14.4% de \$2 501 a \$5 000 pesos, 29.3% de \$5 001 a \$10 000 pesos al mes, un 25.6% que percibía entre \$10 001 y \$20 000 pesos al mes, el 17.2% reportó un ingreso

entre los \$20 001 y \$40 000 y 5.6% más de \$40 001 pesos al mes.

Para fines de esta investigación se asepararon a los participantes en dos grupos por nivel socioeconómico, en el nivel bajo (grupo 1) se colocó a los participantes que reportaron ingresos por debajo de los 10 000 pesos mensuales (51.6%), y los niveles socioeconómico medio y alto conformaron el grupo 2 (48.4%).

INSTRUMENTOS

Para la recolección de los datos se utilizaron tres instrumentos:

- Escala de *conservación física* (Barrera, Corral, Fraijo y Tapia, 2016) la cual evalúa aspectos de la calidad del ambiente físico del barrio donde viven las personas, está compuesta por 8 ítems en escala Likert con opciones de respuesta que van de totalmente en desacuerdo=0 a totalmente de acuerdo=4.
- Ítems de la *Escala de calidad de vida de Olson y Barnes (1982)* adaptada por Grimaldo (2010) que, después de la adaptación para este estudio, quedó integrada por 34 ítems distribuidos en 9 componentes: Bienestar económico (3 ítems), Amigos (3 ítems), Vecindario y Comunidad (3 ítems), Vida Familiar y Hogar (5 ítems), Pareja (4 ítems), Ocio (3 ítems), Medios de Comunicación (5 ítems), Religión (3 ítems) y Salud (4 ítems). Con cinco categorías de respuesta que van de insatisfecho=0 a completamente satisfecho=4.
- Ítems de la adaptación española de la escala de *bienestar psicológico de Ryff* (Díaz, Rodríguez-Carvajal, Blanco, Moreno-Jiménez, Gallardo, Valle y van Dierendonck, 2006) con cinco opciones de respuesta que van de totalmente en desacuerdo=0 a totalmente de acuerdo=4.

PROCEDIMIENTO

La recogida de datos se llevó a cabo con población general. A los participantes se les solicitó su consentimiento para responder a los instrumentos y se les informó acerca

de la confidencialidad de los datos recabados. Consecutivamente se siguió con la captura de la información recabada, se procedió al análisis estadístico de los datos en el paquete SPSS 23.0.

RESULTADOS

La Tabla 1 muestra las estadísticas univariadas de las escalas utilizadas, así como su consistencia interna. Dado que el rango de respuestas a las escalas de conservación física, calidad de vida y bienestar psicológico fue de 0 a 4, se puede concluir que, en general los participantes reportan niveles moderados de conservación física (media = 1.87), mientras que su informe de calidad de vida fue mayor (media = 2.64), asimismo, en los factores de calidad de vida los participantes presentan medias que van de 2.12 en vecinos y comunidad, hasta 2.96 en vida familiar y hogar. El nivel de bienestar psicológico fue marcadamente alto (media = 3.27).

Tabla 1
Estadísticas univariadas y confiabilidad de las escalas utilizadas.

	N	Mí-nimo	Máxi-mo	Media	Desviación estándar	Al-pha
Conservación física	215	.00	4.00	1.87	.740	.78
Calidad de vida	215	.85	4.00	2.64	.618	.93
Bienestar psicológico	215	.92	4.00	3.27	.551	.89
Economía	215	.33	4.00	2.59	.859	.77
Amigos	215	.50	4.00	2.92	.816	.86
Vecinos	215	.00	4.00	2.12	.966	.78
Vida Familiar	215	.40	4.00	2.96	.749	.80
Pareja	215	.00	4.00	2.83	1.205	.93
Ocio	215	.00	4.00	2.43	1.001	.79
Medios de comunicación	215	.20	4.00	2.20	.841	.73
Religión	215	.00	4.00	2.85	1.021	.90
Salud	215	.00	4.00	2.89	.775	.82

La Tabla 2 muestra las diferencias en las estadísticas univariadas según su nivel socioeconómico. Se observaron diferencias significativas en bienestar psicológico ($t = -2.17, p < .031$), conservación física ($t = -2.08, p < .038$), calidad de vida ($t = -3.36, p < .001$), así como en los factores de calidad de vida: amigos ($t = -2.15, p < .032$), vecinos ($t = -3.99, p < .000$), vida familiar ($t = -2.51, p < .013$), pareja ($t = -2.95, p < .003$), ocio ($t = -2.34, p < .020$) y salud ($t = -2.52, p < .012$) presentando en todas ellas, medias inferiores el grupo de nivel socioeconómico bajo.

Tabla 2
Diferencias entre las personas de bajo y medio-alto nivel socioeconómico.

	Bajo nivel socioeconómico	Desviación estándar	Nivel socioeconómico medio-alto	Desviación estándar	gl	t	p	Cohen's d
Bienestar psicológico	3.19	0.581	3.35	0.505	213	-2.17	0.03	0.29
Conservación física	1.77	0.765	1.98	0.700	213	-2.08	0.03	0.28
Calidad de vida	2.51	0.634	2.79	0.569	212	-3.36	0.00	0.46
Economía	2.49	0.883	2.70	0.822	212	-1.80	0.07	0.24
Amigos	2.81	0.847	3.05	0.768	212	-2.15	0.03	0.29
Vecinos	1.88	0.907	2.39	0.961	212	-3.99	0.00	0.46
Vida Familiar	2.84	0.817	3.09	0.649	212	-2.51	0.01	0.34
Pareja	2.61	1.283	3.09	1.058	203	-2.95	0.00	0.41
Ocio	2.27	1.017	2.59	0.961	212	-2.34	0.02	0.32
Medios comunicación	2.12	0.842	2.28	0.838	212	-1.37	0.17	0.19
Religión	2.81	1.081	2.89	0.956	212	-0.58	0.55	0.07
Salud	2.76	0.815	3.02	0.710	211	-2.52	0.01	0.34

En los resultados de bienestar, los ítems con medias más elevadas fueron, el percibir a la vida como un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento, el considerar que con el paso del tiempo hay un mayor aprendizaje de sí mismo, además de sentirse orgulloso de quién es y la vida que ha llevado.

Tabla 3
Medias por ítem de la escala de bienestar y desviaciones estándar en grupos de bajo y medio-alto nivel socioeconómico.

	Bajo nivel socioeconómico		Nivel socioeconómico medio-alto	
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar
1. En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo.	3.05	.918	3.37	.789
2. He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto.	2.78	1.099	3.10	.950
3. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas.	3.05	.918	3.05	.805
4. Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro.	3.05	.948	3.23	.815
5. Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración.	3.05	.829	3.30	.749
6. Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad.	3.13	.854	3.33	.689
7. Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias a lo que piensa la gente.	3.28	.844	3.42	.665
8. Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida.	3.29	.755	3.30	.823

Tabla 3 (continuación).
Medias por ítem de la escala de bienestar y desviaciones estándar en grupos de bajo y medio-alto nivel socioeconómico.

	Bajo nivel socioeconómico		Nivel socioeconómico medio-alto	
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar
9. En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo.	3.48	.712	3.61	.674
10. En su mayor parte, me siento orgulloso de quién soy y la vida que llevo.	3.36	.829	3.39	.829
11. Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí.	3.22	.948	3.43	.785
12. Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona.	3.41	.666	3.54	.696
13. Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento.	3.43	.805	3.62	.729

En los resultados de calidad del ambiente físico del lugar donde vive, los participantes reportan con mayores puntajes respecto a: el acceso a áreas verdes, la efectividad del servicio de recolección de basura, el servicio de agua potable y alcantarillado, así como el que la aglomeración de personas no sea un problema.

Tabla 4
Medias por ítem de la escala Conservación física y desviaciones estándar en dos grupos de nivel socioeconómico.

	Bajo nivel socioeconómico	Nivel socioeconómico medio-alto	Desviación estándar	
	Media	Media	Media	Desviación estándar
1. El servicio de recolección de basura es eficiente.	2.24	1.162	2.46	1.131
2. La calidad del transporte público es buena.	1.50	1.159	1.59	1.058
3. La contaminación por ruido es mínima.	1.54	1.212	1.73	1.072
4. El aire está limpio.	1.51	1.292	1.59	.951
5. El servicio de agua potable y alcantarillado es bueno.	1.89	1.181	2.27	1.108
6. Tengo acceso a áreas verdes.	2.30	1.262	2.53	1.123
7. No es un problema la aglomeración de personas.	1.86	1.300	2.24	1.170
8. El nivel de mantenimiento de pavimentos e instalaciones públicas es bueno	1.35	1.173	1.48	1.262

En calidad de vida, los ítems que los participantes reportan con medias más elevadas fueron aquellos que refieren a la vida familiar, amigos, pareja, salud y religión.

Tabla 5
Medias por ítem de la escala Calidad de vida y desviaciones estándar en dos grupos de nivel socioeconómico.

	Bajo nivel socioeconómico		Nivel socioeconómico medio-alto	
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar
1. Los medios materiales que tiene en su casa para vivir cómodamente.	2.85	.895	3.13	.825
2. La cantidad de dinero que tiene para gastar diariamente.	2.45	1.046	2.63	1.045
3. La capacidad económica para la adquisición de objetos personales "de lujo".	2.17	1.185	2.39	1.065
4. Sus amigos.	2.94	.965	3.22	.812
5. Las actividades que comparte con sus amigos.	2.80	.984	3.03	.868
6. El tiempo que comparte con sus amigos.	2.77	.983	2.94	.901
7. El número de amigos que tiene.	2.72	1.085	3.00	1.070
8. La seguridad en el lugar donde vive para desplazarse sin riesgo alguno.	1.94	1.103	2.46	1.131
9. Los espacios de recreación (parques, campos de juegos, etc.) en su comunidad.	1.84	1.088	2.46	1.033
10. Los servicios que le brinda el centro de salud más cercano a su hogar	1.87	1.218	2.25	1.205
11. Sus responsabilidades domésticas en la casa.	2.78	.927	2.92	.932
12. La capacidad de su hogar para brindarle seguridad afectiva.	2.94	.931	3.21	.784
13. El tiempo que pasa con su familia.	2.69	1.305	2.97	.980
14. La relación afectiva con sus padres.	2.90	1.195	3.26	.843
15. El apoyo afectivo que recibe de su familia extensa (padres, tíos(as), primos(as), etc.).	2.90	1.105	3.10	.940
16. La relación afectiva con su pareja.	2.84	1.348	3.18	1.170
17. El tiempo que pasa con su pareja.	2.41	1.448	2.99	1.183
18. Las actividades que comparte con su pareja.	2.48	1.469	3.07	1.207
19. El apoyo emocional que le brinda su pareja.	2.69	1.405	3.14	1.092
20. La cantidad de tiempo libre que tiene.	2.33	1.212	2.66	1.120

Tabla 5 (continuación).
Medias por ítem de la escala Calidad de vida y desviaciones estándar en dos grupos de nivel socioeconómico.

	Bajo nivel socioeconómico		Nivel socioeconómico medio-alto	
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar
21. Las actividades recreativas que realiza (tocar guitarra, asistir al teatro, cine, conciertos, etc.).	2.25	1.233	2.57	1.193
22. El tiempo que tiene para descansar.	2.25	1.205	2.55	1.087
23. El contenido de los programas de la televisión por cable y satélite.	2.21	1.171	2.35	1.202
24. La cantidad de tiempo que pasa en internet.	2.62	1.083	2.86	1.000
25. El contenido de los periódicos.	2.05	1.226	2.12	1.163
26. El contenido de las revistas no científicas.	1.87	1.298	1.92	1.256
27. La frecuencia con que lee revistas no científicas	1.89	1.272	2.16	1.233
28. Su relación con Dios.	2.95	1.180	3.04	.999
29. El tiempo que le brinda a Dios.	2.62	1.181	2.63	1.102
30. El amor que le brinda a Dios.	2.87	1.156	2.99	1.038
31. Su salud física.	2.82	.915	2.97	.950
32. Su salud psicológica.	2.81	1.067	3.17	.841
33. La salud física de otros miembros de su familia.	2.80	1.034	3.05	.829
34. La salud psicológica de otros miembros de su familia.	2.63	1.042	2.92	.900

Se encontraron relaciones significativas de conservación física con calidad de vida ($r = 0.25$, $p < 0,001$) y bienestar psicológico ($r = 0.18$, $p < 0,001$).

Además, se produjeron correlaciones entre conservación física y algunos factores de calidad de vida, con Vecindario y Comunidad ($r = 0.30$, $p < 0,001$), Vida familiar ($r = 0.14$, $p < 0,05$), Actividades de Ocio ($r = 0.17$, $p < 0,05$), Medios de comunicación ($r = 0.15$, $p < 0,05$), Religión ($r = 0.16$, $p < 0,05$) y Salud ($r = 0.17$, $p < 0,001$). El bienestar se correlacionó con

todos los factores de calidad de vida, con índices de correlación que iban de $r = 0.18$ a $r = 0.48$, $p < 0,001$).

Tabla 6

Matriz de correlaciones entre variables. (Ver anexo 1)

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados de la investigación refieren que, los participantes reportan niveles moderados de conservación física, mayores puntajes en calidad de vida y un alto nivel de bienestar psicológico.

Se observaron diferencias estadísticamente significativas en función de los grupos de nivel socioeconómico bajo y medio-alto, en los puntajes de conservación física, calidad de vida y bienestar psicológico, además en seis de los nueve factores de calidad de vida como: amigos, vecinos, vida familiar, pareja, ocio y salud. Lo anterior, indica que las personas con bajo nivel socioeconómico reportan poseer menor calidad del ambiente físico del lugar en donde viven, menor calidad de vida y bienestar psicológico, que las personas de nivel socioeconómico medio-alto.

En la matriz de correlaciones, se observaron relaciones positivas y significativas entre conservación física, calidad de vida y bienestar psicológico, también, entre bienestar psicológico y todos los factores de calidad de vida, asimismo, la conservación física o calidad del ambiente físico del barrio se relacionó con varios aspectos de calidad de vida. Lo que indica que a mayor calidad del ambiente físico del lugar donde se vive, mayor calidad de vida y bienestar psicológico.

Asimismo, se consideró lo expuesto por Luengo (1998) en relación a la importancia de diferenciar el término de calidad ambiental con calidad de vida, y lo manifestado Balcázar et al (2009) al señalar que el bienestar psicológico ha sido confundido muchas veces con otros constructos como calidad de vida, incluso, en los resultados de correlación de estas variables pese a encontrarse relaciones positivas y significativas entre las variables estas resultaron ser moderadas, lo cual indica que son constructos relacionados pero distintos.

Los hallazgos de esta investigación coinciden con lo presentado en otros estudios como los de Lucumí, Grogan-Kaylor y Espinosa-García (2013) y Hombrados-Mendieta y López-Espigares (2014) que reportaron que el nivel socioeconómico y el ambiente físico del lugar donde viven está relacionado con la calidad de vida de las personas. Por otra parte, concuerdan también respecto a los resultados en la relación entre bienestar y nivel socioeconómico, donde otros autores observaron medias inferiores de bienestar en personas de bajo nivel socioeconómico (Palomar y Lanza-gorta, 2005; Figueroa, Contini, Lacunza, Levín y Estévez, 2005).

Es importante señalar algunas de las limitaciones de la presente investigación, tales como su naturaleza correlacional y no experimental, así como la utilización de autorreportes de los participantes como método de recolección de datos.

Se recomienda realizar estudios posteriores que consideren las variables de estudio de esta investigación en función del nivel socioeconómico de las personas, debido a que éste puede ser un factor para considerar a ciertos sectores de la población como económicamente vulnerables.

REFERENCIAS

- Acosta, C. Q., Tánori, J. Q., García, R. F., Echeverría, S. C., Vales, J. G., Rubio, L. (2017). Soledad, depresión y calidad de vida en adultos mayores mexicanos. *Revista Psicología y Salud*, 27(2).
- Balcázar, P., Loera, N., Gurrola, G., Bonilla, M., Trejo, L. (2009). Adaptación de la escala de bienestar psicológico de Ryff en adolescentes preuniversitarios. Universidad Autónoma del Estado de México. *Revista científica electrónica de Psicología*, Instituto de Ciencias de la Salud, 7. Recuperado de: <http://dgsa.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/psicologia/article/view/115>
- Barrera, L. Corral, V., Fraijo, B., Tapia, C. Propiedades Psicométricas de una Escala para Medir Calidad Ambiental. En González, D. (2016). Educación y Aprendizaje. *Psicología aplicada a la enseñanza y a los aprendizajes* (pp.72-82). México: UNISON
- Carr, A. (2007). *Psicología Positiva*. Barcelona: Paidós
- Corral, V. (2012). *Sustentabilidad y psicología positiva. Una visión optimista de las conductas proambientales y prosociales*. México: Manual Moderno
- Corral, V., Frías, M., González, D. (2003). Percepción de riesgos, conducta proambiental y variables demográficas en una comunidad de Sonora, México. *Región y Sociedad*, 15(26), 49-72. Recuperado de: <http://lanic.utexas.edu/project/etext/colson/26/2corral.pdf>
- Corral, V., Frías, M., Gaxiola, J., Fraijo, B., Tapia, C., Corral, N. (2014). *Ambientes positivos: Ideando entornos sostenibles para el bienestar humano y la calidad ambiental*. México: Pearson
- Craik, K. H., Zube, E. H. (1976). *Perceiving Environmental Quality: Research and applications*. NY, USA: Plenum Press. Recuperado de: https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=euziBwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA3&dq=Perceiving+environmental+quality:+Research+and+applications&ots=adGLvbx-Yf&sig=uTV1w-2by_Bc735C7llyeuD5aUDY#v=onepage&q=Perceiving%20environmental%20quality%3A%20Research%20and%20applications&f=false
- Cuadra, H. L., Florenzano, R. U. (2003). El bienestar subjetivo: Hacia una psicología positiva. *Revista de psicología de la universidad de Chile*, 13, (1), 83-96.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., van Dierendonck, D. (2006). Adapta-

- ción española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577.
- Diener, E. (1994). El bienestar subjetivo [Subjective well-being]. *Intervención psicosocial*, 3 (8), 67-113.
- Figueroa, M. I., Contini, N., Lacunza, A. B., Levín, M., Estévez, A. S. (2005). Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico. Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán (Argentina). *Anales de psicología*, 21(1), 66.
- Glimelius, B., Hoffman, K., Sjöden, P. O., Jacobsson, G., Sellström, H., Enander, L. K., Svensson, C. (1996). Chemotherapy improves survival and quality of life in advanced pancreatic and biliary cancer. *Annals of oncology*, 7(6), 593-600.
- Grimaldo, M. P. (2010). Adaptación de la escala de calidad de vida de Olson y Barnes para profesionales de la salud. *Cultura* 24, 1-20.
- Guallar-Castillón, P., Peralta, P. S., Banegas, J. R., López, E., Rodríguez-Artalejo, F. (2004). Actividad física y calidad de vida de la población adulta mayor en España. *Medicina clínica*, 123(16), 606-610.
- Hombrados-Mendieta, I., López-Espigares, T. (2014). Dimensiones del sentido de comunidad que predicen la calidad de vida residencial en barrios con diferentes posiciones socioeconómicas. *Psychosocial Intervention*, 23(3), 159-167.
- Lucas, R. (1998). *Versión española del WHOQOL*. División de salud mental Organización Mundial de la Salud. Madrid: Ediciones Ergon
- Lucumí, D. I., Grogan-Kaylor, A., Espinosa-García, G. (2013). Asociación de la posición socioeconómica y la percepción del ambiente con la autopercepción del estado de salud en mujeres de Bogotá, Colombia. *Rev Panam Salud Pública* 34(1) 14-20.
- Luengo, F. (1998). Elementos para la definición y evaluación de la calidad ambiental urbana. Una propuesta teórico-metodológica. IV Seminario latinoamericano de calidad de vida urbana Tandil, Argentina. Recuperado a partir de: http://www.perfil-ciutat.net/fitxers/IVSL_A4.pdf
- Mera, P. C., Ortiz, M. (2012). La relación del optimismo y las estrategias de afrontamiento con la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama. *Terapia psicológica*, 30(3), 69-78.
- Milbrath, L. W., Sahr, R. C. (1975). Perceptions of environmental quality. *Social Indicators Research*, 1(4), 397-438.
- Millán, A., D'Aubeterre, M. (2011). Validación de la escala de bienestar psicológico en una muestra multicupacional venezolana. *Revista CES Psicología*, 4 (1), 52-71.

- Nichol, J., Wong, M. S. (2005). Modelling urban environmental quality in a tropical city. *Landscape and Urban Planning*, 73,(1), 49-58. Recuperate de: http://www.lsgi.polyu.edu.hk/rsrg/resources/people/paper/modeling_UEQ_LUP.pdf
- Ortega, F., Rebollo, P., Bobes, J., González, M., Saiz, P. (2000). Factores asociados a la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes en terapia renal sustitutiva (TRS). *Nefrología*, 20(2).
- Palomar J. L., Lanzagorta, N. P. (2005). Pobreza, recursos psicológicos y movilidad social. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(1).
- Roth, E. (2000). Psicología ambiental: interfase entre conducta y naturaleza. *Revista Ciencia y Cultura*, 8, 63-78. Recuperado a partir de: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2077-33232000000200007&script=sci_arttext.
- Salas, C. Z., Grisales, H. R. (2010). Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 28(1), 9-18.
- Salotti, P. (2006). Las tesinas de Belgrano. Estudio sobre estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en una muestra de adolescentes de Buenos aires. Universidad de Belgrano, Buenos Aires. Tesis de Licenciatura. Recuperado de: http://www.ub.edu.ar/investigaciones/tesinas/207_salotti.pdf
- Urzúa, A., Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61-71.
- Urzúa, A., Bravo, M., Ogalde, M., Vargas, C. (2011). Factores vinculados a la calidad de vida en la adultez mayor. *Revista médica de Chile*, 139(8), 1006-1014.
- Vázquez, C., Hervás, G. (2008). Salud positiva del síntoma al bienestar. En Vázquez, C., Hervás, G. (2008). *Psicología positiva aplicada* (pp. 18-39). España: Desclée de Brouwer.
- Villarreal, V. M. C., Loredó, C. P., Cuevas, R. E. L. (2005). Calidad de vida del paciente con diabetes mellitus tipo 2. *Ciencia UANL*, 8(3), 351.
- Yassi, A., Kjellström, T., de Kok, T., Guidotti, T. (2002). Salud Ambiental Básica. México: Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente. En red recuperado a partir de, <http://www.ambiente.gov.ar/infoteca/descargas/yassi01.pdf>

Anexo 1. Tabla 6
Matriz de correlaciones entre variables

	BP	CF	CV	BEC	AMI	VEC	FAM	PAR	OC	MCO	REL	SAL
Bienestar psicológico	1											
Conservación física	.18**	1										
Calidad de Vida	.49**	.25**	1									
B. Económico	.34**	.12	.68**	1								
Amigos	.39**	.19**	.67**	.42**	1							
Vecindario y Comunidad	.27**	.30**	.64**	.34**	.41**	1						
Vida familiar	.40**	.14*	.79**	.43**	.56**	.46**	1					
Pareja	.37**	.12	.70**	.35**	.37**	.37**	.57**	1				
Actividades de Ocio	.29**	.17*	.69**	.44**	.32**	.39**	.53**	.41**	1			
Medios de comunicación	.18**	.15*	.59**	.37**	.35**	.35**	.36**	.25**	.38**	1		
Religión	.32**	.16*	.62**	.44**	.33**	.26**	.39**	.31**	.29**	.26**	1	
Salud	.48**	.17**	.70**	.38**	.45**	.31**	.57**	.50**	.42**	.32**	.44**	1

p<.05*, p<.001**

BP = Bienestar psicológico, CF = Conservación física del barrio, CV = Calidad de Vida, BEC = Bienestar Económico, AMI = Amigos, VEC = Vecindario y Comunidad, FAM = Vida Familiar y Hogar, PAR = Pareja, OC = Ocio, MCO = Medios de Comunicación, REL = Religión, SAL = Salud.



FAMILIA INDÍGENA Y ADOLESCENCIA: PERCEPCIÓN DE APOYO, EXPRESIVIDAD Y CONFLICTO

Santa Magdalena Mercado Ibarra
Reyna Patricia Santillán Arias
María Teresa Fernández Nistal
Yazmin Berenice Merino Bustillos
Instituto Tecnológico de Sonora

RESUMEN

La población indígena vive rezago, marginación y pobreza extrema, particularmente los adolescentes enfrentan problemas como: inseguridad, delincuencia, drogadicción, violencia de género, embarazos, incluso hacia el interior del sistema familiar experimentan la necesidad de ser tomados en cuenta por los mayores, por lo que la familia cobra relevancia al brindar estabilidad, solidez y sentido de identidad. Con base a lo anterior, el objetivo del presente estudio fue analizar si el apoyo social se relaciona positivamente con la expresividad y la disminución de conflictos en la familia desde la percepción de adolescentes indígenas, a fin de comprender las relaciones intrafamiliares durante la adolescencia en éste grupo vulnerable y redireccionar las futuras intervenciones. Participaron 279 adolescentes indígenas, que respondieron la dimensión de Relaciones de la Escala de Clima Social Familiar. Los resultados indican una correlación positiva moderadamente alta entre las variables apoyo social y expresividad, es decir los adolescentes que perciben mayor apoyo familiar hablan abiertamente sobre sus sentimientos, opiniones y problemas personales, condición que se correlaciona con un menor grado de interacciones conflictivas. También, se identificó que 61% de los adolescentes indígenas perciben un ambiente de equilibrio familiar, en el que se presentan situaciones conflictivas con un esfuerzo por mantener la paz, y que 1 de cada 3 adolescentes indígenas percibe poco apoyo y un clima de conflicto en el que es difícil comentar sus problemas. Por lo tanto, se concluye que la familia representa el eje central para adquirir independencia, valores y un sentido de identidad cultural en adolescentes indígenas.

Palabras clave: familia, expresividad, conflicto.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad existen comunidades olvidadas y fuertemente rezagadas en prácticamente todos los indicadores de calidad de vida y en aspectos básicos necesarios para subsistir, sobre todo en zonas rurales y pueblos indígenas en nuestro país y en el mundo, por ello muchos gobiernos e instituciones privadas han volteado la mirada a estas comunidades, para llevar a cabo proyectos que promuevan su desarrollo humano mediante el impulso de actividades encaminadas a mejorar su calidad de vida y bienestar en general.

A partir de la encuesta intercensal 2015 y el criterio de hogar indígena se cuantifica una población indígena de 12 millones 25 mil 947 personas, cantidad que significa el 10.1% de la población total del país, de los cuales el 36% vive en grado de marginación muy alto y el 51.5% en grado alto; de ellas, 4 millones 623 mil 197 no hablan la lengua pero viven y guardan relación de parentesco con el jefe, el cónyuge o algún ancestro que habla la lengua indígena. En 2015 la población indígena menor de 15 años representa el 31.8% de esta población, mientras que la que se encuentra en el grupo de 15 a 64 años constituye 60.7% y la población en edad avanzada representa el 7.4 por ciento. En contraste, a nivel nacional la participación de estos grupos de edad es de 27.4, 65.4 y 7.2% (Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, 2015).

En los pueblos indígenas de México, la problemática es severa, los yoremes, yaquis, rarámuris y otros muchos de los 56 grupos étnicos del país, padecen serios rezagos en salud, vivienda, derechos de tierras y otros males, sólo por mencionar algunos. Todo esto es muestra manifiesta de marginación, allí se puede encontrar pobreza extrema, hambre, insalubridad, inseguridad, violencia, destierro, analfabetismo, adicciones, desintegración familiar, desempleo, entre otros, lo que se traduce en consecuencias de separación social (Pastrana, 2007).

Los pueblos indígenas que habitan en la actualidad en México han conseguido preservar su identidad y su lengua,

transmitiendo su cultura y su idioma a las nuevas generaciones. Sin embargo, y a pesar de la enorme riqueza cultural de estos pueblos, la población indígena es uno de los grupos con mayor rezago y marginación del país (UNICEF, 2014).

La mayor parte de la población indígena en México (entre 52% y 100%) se ubica en los estados de Chihuahua, Querétaro, Jalisco, Morelos, Quintana Roo, Baja California Sur, Nuevo León, México, Sinaloa, Aguascalientes, Tamaulipas, Tabasco, Sonora, Baja California y Distrito Federal).

Específicamente en Sonora existen 145 656 indígenas, distribuidos de la siguiente manera:

Grupos étnicos	Grupos de edad	Indicadores de calidad de vida	
		Salud	Población ≥12 años
Seris, Pimas, Cucapá, Ópatas, Mayos, Guarájíos, Kikapú, Yaquis, Pápagos	0 a 14 años:	76 630 usuarios de seguro popular	Económicamente activa: 47.9 %
	15 a 64 años:	43 029 usuarios de IMSS	Económicamente inactiva 50.4%
	≥ 65 años:	360	
		13 069	

Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, 2015.

Al analizar los indicadores de calidad de vida, según Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2000) y las estimaciones de la población indígena a partir de la base de datos del XII Censo General de Población y vivienda (2005) INEGI, y la base de datos del Índice de Desarrollo Humano para los pueblos indígenas por regiones (IDH, 2009), se puede ver que están por debajo de la media nacional.

En el contexto previo la familia cobra relevancia porque es una institución social en la cual, a través de las interacciones, se facilita el desarrollo de habilidades, valores, actitudes y comportamientos que, en un ámbito de cariño, apoyo, reconocimiento y compromiso permite la integración de

los individuos a la sociedad (Estévez y cols., 2008, Robles, 2004).

Según Cruz (2003) las familias indígenas en tiempos pre-hispánicos eran un conjunto armónico de principios sencillos, pero sólidamente articulados entre sí, lo que daba gran estabilidad y solidez al grupo familiar, era numerosa, integrada por parientes y allegados que se agrupaban alrededor de un jefe, que era al mismo tiempo guía, juez, defensor, sacerdote, consultor y consejero de ese extenso conglomerado de tipo patriarcal.

Esta legislación era común a todos los pueblos aborígenes del continente y sólo diferían en algunas etnias; en simples detalles como la costumbre lugareña habiendo creado modalidades especiales, que no alteraban en modo alguno los principios básicos y estables del sistema jurídico familiar indígena; destacados comentarios opinan que la estructura interna del hogar estaban organizada sobre sólidos principios morales y religiosos muy arraigados en el pueblo aborígen.

Algunas investigaciones ya clásicas de la antropología, como *Coming of Age in Somoa* de Margaret Mead (2001) demuestran que en las culturas indígenas hay una participación más efectiva de los niños y jóvenes en las actividades de la comunidad y una visión más integrada de las etapas de vida; esta estructura contribuye a disminuir los problemas comunes de tensión, ansiedad y/o exclusión que los integrantes sienten en otras sociedades, particularmente durante los procesos de transición entre distintas etapas de la vida (de la infancia a la adolescencia, de esta a la edad adulta, y de la adultez a la vejez).

Pero los hallazgos del proyecto “Ciudadanía y Adolescencia en la Población Indígena de México: Un Estudio Participativo” en el que se buscó involucrar a jóvenes de diversas comunidades indígenas, la experiencia de la “adolescencia”, la identidad “étnica”, y sus “derechos como adolescentes e indígenas presentan inconsistencia con los planteamientos sugeridos por Mead; porque encuentran demanda reiterada de los adolescentes indígenas de ser escuchados y tenidos en cuenta por los mayores. Así también encuentran que para el adolescente indígena, la escuela representa más que un espacio de formación, un espacio de socialización con sus

pares. Otro hallazgo es que han influido los procesos migratorios que debilitan las relaciones intergeneracionales que son vitales en las familias indígenas, lugar en el que incluso es el ideal para fortalecer el proceso formativo de los adolescentes incluso por encima de las instituciones educativas de estas comunidades (Berteley, Saravi y Abrantes, 2013).

Por lo que esto difiere con lo planteado por Mead, es decir que los adolescentes indígenas presentaron una fuerte vinculación con los distintos integrantes de sus familias e incluso la consideran como un rasgo fundamental de la riqueza de sus culturas.

Por otra parte, en las comunidades indígenas no existe un reconocimiento explícito de una etapa en la vida de las personas a la cual identificar como adolescencia, se asocia con la primera etapa de la juventud e inicia muy temprano, a edades que podrían identificarse con la plena niñez, las comunidades indígenas relacionan el inicio de la adolescencia con asumir nuevas responsabilidades y obligaciones, de las cuales como niño o niña se está exenta, los adolescentes indígenas hablan más de sus obligaciones que de sus derechos, asocian esta etapa con tareas y actividades claramente diferenciadas por género, que se basan en el compromiso con sus familias (Berteley, Saravi y Abrantes, 2013).

Si bien la temática indígena ha sido un tema recurrente y tradicional en la antropología mexicana, el tema de los jóvenes indígenas no ha sido central en la investigación antropológica ni social producida entre los años cincuenta y mediados de los noventa. En principio porque la mayor parte de las etnias mexicanas no habrían reconocido históricamente una fase del ciclo vital equivalente a la “juventud” de la sociedad occidental, el tránsito fundamental era el paso de niño a adulto, mediante el trabajo y el sistema de cargos y de soltero a ciudadano, mediante el matrimonio.

Sin embargo, es imperativo no solo quedarse en el nivel reflexivo de la problemática sino accionar en pro de la mejora de la calidad de vida, no solo de la calidad de vida del adolescente en la familia sino en la comunidad, porque la comunidad como tal juega un papel preponderante para el éxito o fracaso de cualquier iniciativa, por ello no debe dejarse de lado en trabajos de esta naturaleza. Por lo que es

necesario tener un marco de referencia basado en los modelos de intervención comunitaria para que sean protagonistas de su propio desarrollo.

García (2010) hace una revisión de los siguientes modelos: a) El modelo del cambio social promueve la transformación del entorno social a través de reajustar sus funciones y dar un espacio a todos sus miembros y ser copartícipes de la mejora de la calidad de vida; b) Modelo de competencia que pretende desarrollar cualidades psicológicas como la elevación de la autoestima, la toma de decisiones y la conducta autónoma para manifestar conductas competentes que permitan vivir mejor; c) Modelo de apoyo social enfatiza los mecanismos para elevar la moral y los estados afectivos positivos, creando un aumento de la autoestima, estabilidad y sentido de pertenencia, lo que fortalece al individuo y al grupo (Ramiro, 2009); d) Modelo Integral de Desarrollo Comunitario se orienta a la integración de políticas y la participación local, el equilibrio del medio ambiente, por lo que el desarrollo, la equidad y la sustentabilidad son los objetivos fundamentales (Moran, 2008).

Como se puede apreciar, para abordar las problemáticas que aquejan a las familias de las comunidades indígenas existen múltiples modelos cada uno de los cuales enfoca determinadas variables pero desarticuladas. Uno de los modelos de intervención comunitaria que actualmente son más utilizados en el mundo, es el Modelo de intervención comunitaria intercultural, que enfatiza una sociedad cohesionada mediante el fomento de la interacción de la diversidad dentro de los diferentes ámbitos de la vida cotidiana como lo son la familia, el trabajo, escuela y lugares públicos, y consiste en orientar a la sociedad desde una perspectiva de afrontamiento de sus problemáticas en cuestión de convivencia, es decir una coexistencia positiva de las familias y sus integrantes pero marcada por la interculturalidad (García, 2010).

Aun cuando hoy en día la familia indígena está constituida en gran medida por una familia nuclear, brindando seguridad y protección tanto social como económica (Sandoval, 2005). En el interior de la familia, la cultura es transferida por los padres y hermanos mayores con la asignación de roles diferentes al hombre y a la mujer, al niño y al anciano más

que como enseñanza directa, mediante la observación y la imitación de sus mayores. Pero es importante considerar que en comunidades indígenas la familia está inmersa dentro de relaciones de parentesco más amplias que se encuentran presentes en clanes o linajes, en el que la familia extensa como tal cobra relevancia, e influye el que las familias no sólo sostengan la organización económica y política de los grupos étnicos, sino también generan filiaciones, vínculos y afectividades que contribuyen a definir significados válidos para la conformación de la identidad, generando una vinculación de individuos con una fuerte carga emotiva, vinculación que se muestra en términos de lealtad entre los miembros de un grupo étnico (Chávez, 2012).

Actualmente en el Estado, el Instituto Sonorense de la Mujer ha alertado sobre los altos índices de embarazos en niñas de 11 a 12 años, sobre la inseguridad y violencia de género que experimentan las mujeres desde la niñez y el noviazgo, situación que se refuerza por los estereotipos sociales de ser hombre y ser mujer en las comunidades indígenas de Sonora (ISM, 2017).

En el caso de los adolescentes, la falta de trabajo aunado a los problemas familiares, ha desencadenado otras problemáticas de dimensiones alarmantes como adicciones y delincuencia juvenil, fenómenos que en ocasiones se acompañan con arma de uso exclusivo del Ejército, que además de alterar la paz y armonía interna deja en desventaja a la comunidad indígena en general.

En este sentido, la realidad que viven los adolescentes indígenas se ve permeado por brechas generacionales que ponen en riesgo al adolescente sobre todo en el tema de las adicciones, la integración a bandas o pandillas, algunas de ellas de base étnica, y discriminación; los adolescentes tienen conciencia de que su ser indígena no sólo es una identidad que resulta de una condición, herencia y filiación comunes, sino un factor que los somete a un proceso externo de clasificación, segregación (Rus, 2009).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La familia debe representar un contexto donde se genera y expresan emociones, un medio donde se proporcionan

satisfacciones y se desempeñan funciones, por esa razón, es indiscutible que la familia constituye el primer y más importante marco de desarrollo y adaptación.

Un problema grave a considerar son los contextos migratorios de familias completas lo cual implica la resignificación étnica. Es en el seno de las familias que se recrean las prácticas, símbolos y representaciones que soportan la etnicidad, donde se materializan los conflictos y tensiones y quedan manifiestas las diferencias generacionales entre padres e hijos. Es dentro de este entorno donde se genera y renueva el soporte afectivo que da sentido a la pertenencia étnica de cada uno de los miembros, principalmente cuando hablamos de grupos que viven de manera dispersa en contextos urbanos. También es en las familias donde los padres hacen evidente el futuro que desean para sus hijos (Romer 2003). Esto es lo que Epstein denomina la “cultura íntima” la cual se expresa de manera muy sutil en la vida cotidiana de los sujetos y que se genera casi de manera inconsciente, no a través de discursos explícitos que denotan una etnicidad en acción (Chávez, 2012).

Sin embargo, los jóvenes de comunidades indígenas, manifiestan que no siempre tienen voz para expresar sus opiniones y sentimientos en el interior de sus familias y comunidades. A pesar de la cercanía y solidaridad entre las diferentes generaciones, los jóvenes son percibidos como personas a las que aún les falta experiencia y madurez para participar en las conversaciones y decisiones que atañen al conjunto de la familia o la comunidad (Abrantes, Busquets y Saraví, 2013).

En este contexto, la UNICEF en el 2012 declaró que cada vez más jóvenes indígenas reclaman a sus familias y comunidades mayor autonomía, voz y participación en asuntos que les atañen, así como márgenes más amplios para la toma de decisiones individuales.

Palacios y Palacios (2002) explican que la familia ocupa un lugar privilegiado como agente socializador primario y vive una de sus principales crisis cuando los hijos llegan a la adolescencia. Al respecto, Carrillo (2009), resalta la relevancia de la comunicación en la familia para que cada uno de los integrantes puedan expresar libremente sus ideas.

Afortunadamente en la actualidad, la atención sobre los adolescentes ha ido creciendo, al grado de que los jóvenes de pueblos indígenas son un tema recurrente entre los investigadores. Las razones pueden ser por su visibilidad en las ciudades y en los sitios de migración, debido a sus peculiaridades, y porque son percibidos como sector estratégico debido a su posible participación en movimientos armados o de oposición política, por el riesgo a su incorporación a organizaciones delictivas, entre otros, por lo que es innegable el impulso de la investigación sobre jóvenes indígenas (Pérez, 2011).

Así mismo, los estudios en materia familiar también han cobrado auge en población indígena, en parte debido a la necesidad de comprender las estructuras familiares, las relaciones interpersonales entre sus miembros y su sentido de identidad. Al respecto, en un estudio realizado en Perú, por Zavala (2001), en el que participaron 286 adolescentes de una población rural, se observó que aquellos que percibían escaso grado de apoyo y unidad dentro de la familia mostraban imposibilidad de encontrar en ellos una ayuda para plantear metas y alcanzarlas, así como una estabilidad deficiente para planificar actividades y distribuir las responsabilidades dentro y fuera de casa.

En un estudio de proceso de adaptación social en adolescentes de Pons y Berjano (1997), realizado en la comunidad de Granada, con 523 adolescentes; encontró que los jóvenes percibían un clima familiar desalentador, al manifestar carecer de cohesión con los miembros de la familia, así como, no obtener la suficiente estimulación para plantearse metas personales y profesionales; también reportaron inestabilidad dentro del entorno familiar provocando dificultades para planear actividades y asignar tareas.

Actualmente, se reporta que el 80% de los jóvenes indígenas del sur de Sonora sufren de adicción a alguna droga (mariguana o cristal), y otras problemáticas como bullying y violencia en el noviazgo (Instituto Sonorense de la Juventud, 2017). Tal situación ha generado un programa de Escuela para Padres en el que se enseña a los padres a identificar conductas autodestructivas como cutting, uso de drogas,

propensión a la violencia o al suicidio, comunicación asertiva, resolución de problemas y manejo de emociones.

Dado que la familia es la base en donde se originan las reglas morales, las influencias positivas y el desarrollo psicológico adecuado; donde se evitan en gran medida el abuso de sustancias ilícitas y los comportamientos de alto riesgo, el presente estudio pretender responder: ¿Cómo perciben los adolescentes pertenecientes a familias indígenas el apoyo social en la familia y cómo éste se relaciona con expresar directamente sus opiniones, sentimientos y conflictos?

OBJETIVO

Analizar si el apoyo social se relaciona positivamente con la expresividad y la disminución de conflictos en la familia desde la percepción de adolescentes indígenas del Sur de Sonora. Es decir, examinar si los adolescentes que perciben mayor cohesión familiar también expresan libremente sus opiniones y sentimientos, a la vez que perciben menos conflictos familiares. A fin de comprender las relaciones intra-familiares durante la adolescencia en éste grupo vulnerable y redireccionar las futuras intervenciones.

MÉTODO

El estudio fue de tipo no experimental transeccional correlacional.

PARTICIPANTES

Fueron 279 adolescentes de familias indígenas del Sur de Sonora con edad promedio de 14 años, de nivel secundaria y preparatoria (68% y 32% respectivamente); seleccionados mediante un muestreo no probabilístico intencional, la principal variable de inclusión fue pertenecer a un pueblo indígena yaqui.

INSTRUMENTO

Se utilizó la dimensión de Relaciones de la Escala de Clima Social Familiar (FES), adaptación española de Seisdedos, De la Cruz y Cordero de 1995 (Moos R, Moos B., y Trickett, 1995). Compreendida por 27 reactivos dicotómicos que evalúa el grado de comunicación y libre expresión den-

tro de la familia y el grado de interacción conflictiva que la caracteriza. Los reactivos se distribuyen en tres subescalas: cohesión, expresividad y conflicto.

- Cohesión (CO): Grado en que los miembros de la familia están compenetrados y se ayudan entre sí.
- Expresividad (EX): Grado en que se permite y anima a los miembros de la familia a actuar libremente y a expresar directamente sus sentimientos.
- Conflicto (CT): Grado en el que se expresa libremente y abiertamente la cólera, agresividad y conflicto entre los miembros de la familia.

La puntuación máxima son 9 puntos en cada escala (27 puntos en toda la dimensión) que se interpretan de acuerdo a los siguientes niveles:

Cate- goría	Muy buena	Buena	Tendencia buena	Media	Tendencia mala	Mala	Muy mala						
PD	≥23	22	21	20	19	18-17	16	15-14	13	12	11	10	≤9
Norma T	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25	20

PROCEDIMIENTO

Se solicitaron los permisos correspondientes para hacer la aplicación dentro del salón de clases, los aplicadores leyeron las instrucciones en voz alta y resolvieron dudas, también explicaron a los participantes que su participación era voluntaria y que los resultados serían confidenciales y anónimos. La aplicación de la prueba se realizó de forma autoadministrada y colectiva. Los datos fueron procesados mediante el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 22) para el análisis estadístico correspondiente.

RESULTADOS

Una vez procesados los datos se obtuvo una puntuación media de 14.99 ($Ds=3.163$ y $Med=15$) es decir, la mayor parte de la muestra se concentran en el nivel medio relacional. La puntuación de la mediana indica que el 50% de los adolescentes obtuvieron puntuaciones por arriba de 15 puntos, lo cual en primera instancia los posiciona en niveles con tendencia a una buena comunicación, libre expresión y menor conflicto. Sin embargo, se identificaron dos modas (15, y 16), ambas posicionadas en un nivel medio (figura 1), por lo que un menor porcentaje se localiza en niveles de percepción altos respecto a las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia.

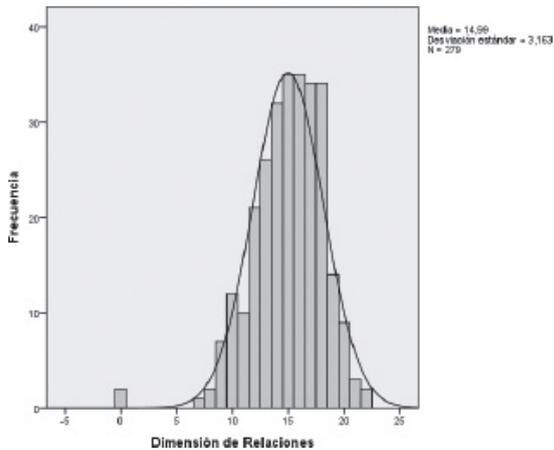


Figura 1. Distribución de las puntuaciones en la Dimensión Relacional.

Al efectuar el análisis por niveles se encontró que 29% (81 adolescentes) perciben dificultades entre los miembros de la familia, solo el 10% (28 adolescentes) considera que existe un elevado sentimiento de unión, atención y apoyo mutuo (figura 2). Mientras que el 61% (170 adolescentes) percibe un equilibrio en la interacción familiar.

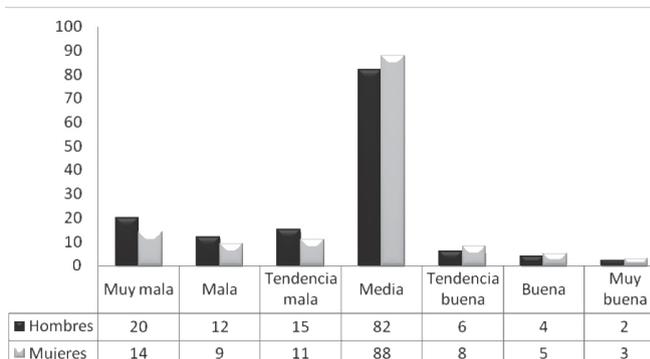


Figura 2. Grado de apoyo, comunicación e interacción conflictiva en general.

No se observan diferencias por sexo estadísticamente significativas, es decir, hombres y mujeres asumen puntuaciones promedio similares (tabla 1). Sin embargo, sí se observan diferencias significativas por nivel educativo, en el sentido que los jóvenes que cursan preparatoria perciben ligeramente menores interacciones conflictivas hacia el interior de la familia que aquellos que cursan secundaria ($t = -4.839$, sig. ,000).

Tabla 1

Comparación por grupo: sexo y nivel educativo.

Adolescente	N	Media	Ds	t (sig.)	Diferencia de medias
Sexo					
Hombre	141	14.75	3.142		
Mujer	138	15.23	3.177	-1.269 (.205)	-.480
Nivel educativo					
Secundaria	189	14.38	3.108		
Preparatoria	90	16.27	2.898	-4.839 (.000)	-1.886

Al realizar un análisis descriptivo entre las subescalas que integran la dimensión relacional, se identificó que de los 106 adolescentes en un nivel de cohesión alto, 59 y 40

adolescentes reportaron niveles de expresividad que variaron principalmente entre medio a alto respectivamente; además se concentraron también en primer orden en un nivel bajo de conflicto (72 adolescentes), seguido del nivel medio (33 adolescentes). Por su parte, los adolescentes con niveles de cohesión medio se mantienen consistentes en un nivel moderado de expresividad y conflicto. Cabe señalar que 26 adolescentes percibieron un nivel de apoyo familiar bajo, sin embargo solo 3 adolescentes reportaron alto nivel de conflicto, mientras que el resto se concentraron en niveles de expresividad y de conflicto de medio a bajo.

Por lo que, al efectuar el análisis correlacional, se encontró una correlación positiva moderadamente alta entre la variable apoyo social (cohesión) y expresividad ($r=.418$, sig. .01), en el sentido de que los adolescentes que perciben mayor atención, apoyo entre los miembros de la familia y un sentimiento de unión hablan abiertamente sobre sus sentimientos, opiniones y problemas personales (tabla 2).

Así mismo, se encontró una correlación negativa moderada entre las variables de apoyo social y percepción de conflicto ($r=-.317$, sig.01), es decir, los adolescentes que perciben atención, apoyo y unidad familiar reportan menor grado de interacciones conflictivas (desacuerdos, críticas, enfrentamientos y peleas familiares) (tabla 2).

Tabla 2
Correlaciones entre subescalas: Cohesión, Expresividad y Conflicto.

Subescalas	Cohesión
Expresividad	Correlación de Pearson ,418**
	Sig. (bilateral) ,000
Conflicto	Correlación de Pearson -,317**
	Sig. (bilateral) ,000

La correlación es significativa en el nivel 0,01

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Si bien en las comunidades indígenas no existe un reconocimiento explícito de una etapa en la vida de las personas a la cual identificar como adolescencia, no significa que no se viva la crisis de identidad. La adolescencia según Erick Erikson (2011) vive la crisis psicosocial de la Identidad (resolución favorable) en contraposición a confusión de roles o de identidad (resolución desfavorable), y en ese proceso el adolescente suele tener un miedo a quedar en ridículo, contradiciendo a sus superiores antes que realizar una actividad que pudiera parecer vergonzoso ante otros, puede ser intolerantes con las diferencias culturales, sociales, físicas o raciales.

La transición de la infancia a la adolescencia está caracterizada por un incremento en el conflicto, enfado, estrés y comunicación negativa entre padres e hijos, lo cual representa una crisis en el ciclo de vida familiar, que sumado a los cambios evolutivos del adolescente: psicológicos, cognitivos, biológicos y culturales, permitirá afianzar la independencia de la familia, adquirir valores y un sentido de pertenencia e identidad cultural. Más aún si las poblaciones están ubicadas en contextos de conflicto y reivindicación étnica, la adolescencia implica asumir nuevas responsabilidades y obligaciones, por ello la importancia de la vida familiar comunitaria de los adolescentes indígenas.

Al respecto, este estudio permitió observar que el 61% de los adolescentes indígenas perciben un ambiente de equilibrio entre los miembros de la familia, en el que si bien presentan situaciones de enfado, desacuerdos y discusiones, también perciben que existe un esfuerzo por mantener la paz en el hogar, incluso un espíritu de grupo en el que se concede atención y tiempo a cada integrante.

No obstante, fue posible identificar que aproximadamente 1 de cada 3 adolescentes indígenas percibe poco apoyo entre los integrantes de la familia que se asocia significativamente con un clima de conflicto, el cual se caracteriza por desacuerdos, discusiones y en enfrentamientos físicos. Así mismo, consideran difícil desahogarse o comentar sus problemas, pues manifiestan que cuando uno de los miembros

se queja siempre hay alguien que se siente afectado, por lo que evitan expresar sus opiniones de modo frecuente.

En la literatura abunda opiniones respecto a que en comunidades étnicas existe una notable diferencia por género respecto a las relaciones familiares que establecen las mujeres indígenas en comparación con los hombres, sin embargo, respecto al grado de comunicación y libre expresión dentro de la familia y el grado de interacción conflictiva, no fue posible identificar tales diferencias. Pero, se encontraron diferencias significativas en las interacciones familiares respecto al nivel educativo, en el sentido de que el 39% de adolescentes de secundaria perciben una pobre expresión de sus sentimientos y opiniones así como un clima de mayor conflicto en comparación con el 19% de los jóvenes de preparatoria.

Esta situación puede explicarse por un proceso de reconocimiento de los jóvenes en sociedad (Urteaga,2008), pues el contexto educativo no sólo representa un centro para estudiar y prepararse, sino un espacio donde los jóvenes adquieren un estilo y un status, en el que además están por concluir una fase en sus vidas (la adolescencia) y entrar en otro cambio, la adultez temprana, y en ese sentido se exaltan los roles tradicionales que se les ha asignado, particularmente en lo que se refiere a sus aspiraciones laborales y de vida.

Por lo que se concluye que existe una relación positiva moderadamente fuerte entre el grado en que los miembros de la familia están compenetrados y se ayudan entre sí y la posibilidad de actuar libremente y expresar directamente sus sentimientos, disminuyendo de manera moderada la cólera, agresividad y conflicto entre los miembros de la familia. En esta relación parece de consideración el estadio evolutivo y nivel educativo en el que se encuentran los adolescentes para enfrentar de manera positiva los conflictos y relaciones familiares.

Más allá de los hallazgos obtenidos en esta y diversas investigaciones acerca del tema, se debe analizar ¿Cómo hacer que el adolescente indígena tenga un impacto real en su vida robusteciendo sus raíces no sólo familiares sino de la etnia? Sin duda se tiene que promover en los adolescentes su propia identidad y fortalecer las raíces familiares. Las acti-

vidades emprendedoras son de vital importancia, porque no sólo impactan en la sustentabilidad futura del mismo, sino que dan arraigo familiar y generacional, lo cual es fundamental como plataforma de desarrollo integral. Una línea clara es aprovechar la riqueza cultural por ejemplo la artesanía que no sólo es la expresión de habilidades, sino que tiene su significación espiritual y moral. A través de la misma el adolescente puede expresar sus sentimientos que hace que pase a formar parte de la obra que realiza, simboliza una experiencia única donde se plasman las emociones no sólo de quien las realiza sino de la familia y la comunidad.

Las generaciones de adolescentes indígenas, sin duda, son particularmente afectadas y al mismo tiempo protagonistas de muchas transformaciones. Resulta relevante realizar estudios que con el tiempo impacten en las políticas públicas conocer más sobre la experiencia de la juventud indígena en general, pero en el contexto actual porque se debe reconceptualizar incluso el concepto mismo de la adolescencia a la luz de la cosmovisión indígena. Tal como Pérez y Maya (2008) lo indican se deba trabajar en las políticas interculturales y a favor de la diversidad, no solo pensadas como políticas exclusivamente para indígenas, sobre todo porque los adolescentes indígenas viven la presión extra de enfrentar la exclusión, la discriminación y los prejuicios de que son objeto.

Son insuficientes las investigaciones por sí mismas para que haya un impacto real en la familia e integrantes de comunidades indígenas. Se requiere de acciones articuladas del gobierno en distintos niveles e instancias para contribuir a mejorar el bienestar de las familias en el contexto de un reconocimiento respetuoso intercultural a través del diseño de políticas y programas pertinentes y adecuados a los grupos que se pretende alcanzar.

Hay mucho por trabajar en nuestros adolescentes indígenas, pero hace falta más intervención pública pero redireccionada con criterios de eficiencia en la asignación de recursos y equidad, pero sobre todo de respeto completo a su cosmovisión milenaria.

REFERENCIAS

- Bertely, B.M, Saravi, G. A y Abrantes, P. (2013). Adolescentes indígenas en México: Derechos e identidades emergentes. Recuperado de <https://www.unicef.org/mexico/spanish/AdolescentesindigenasDoctecnicoOK2.pdf>
- Carrillo, L. (2009). *La familia, la autoestima y el fracaso escolar en el adolescente*. Tesis Doctoral: Editorial de la Universidad de Granada. ISBN: 978-84-692-1436-7.
- Chávez, G. M. L. (2012) La familia, las relaciones afectivas y la identidad étnica entre indígenas migrantes urbanos en San Luis Potosí. Revista Relaciones. Estudios de historia y sociedad. Versión On-line ISSN 2448-7554, versión impresa ISSN 0185-3929
- CONAPO (2000). Consejo Nacional de Población: Índice de Desarrollo Humano municipal. Recuperado de: www.conapo.gob.mx/publicaciones/sdm/Lapoblacion/14.pdf
- Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas CDI (2015). Indicadores Socioeconómicos de los Pueblos Indígenas de México. Recuperado en <https://www.gob.mx/cdi/articulos/indicadores-socioeconomicos-de-los-pueblos-indigenas-de-mexico-2015-116128?idiom=es>
- Cruz, L. (2003) *Organización familiar indígena*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Erikson, E. H (2011) *El ciclo vital completado*. Barcelona: Paidós.
- Estévez, E., Murgui, S., Musitu, G. & Moreno, D. (2008). Clima familiar, clima escolar y satisfacción con la vida en adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 25(1), 119-128.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2012). *Buenas prácticas sobre educación indígena*. UNICEF México. Recuperado de https://www.unicef.org/mexico/spanish/BP_Educacion_Indigena.pdf
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2014). *Informe Anual UNICEF México 2013*. Recuperado en https://www.unicef.org/mexico/spanish/UNICEFReporteAnual_2013_final.pdf
- García, J. (2010). Metodologías de Intervención Participativas. Obtenido el 1 de diciembre del 2010 de: <http://virtual.funlam.edu.co/repositorio/?q=node/365>
- Índice de Desarrollo Humano (2009). Índice de desarrollo Humano 2007-2008, Seguimiento del desarrollo humano: Tendencias del índice de desarrollo humano. Informe sobre desarrollo humano. Recuperado de: <http://www.slideshare.net/JuanFran/listas-indice-desarrollo-humano-20072008>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2005). *La población Indígena en México. XII Censo General de Población y Vivi-*

- enda. Recuperado en World Wide Web: <http://www.inegi.gob.mx>
- Instituto Sonorense de la Juventud (2017). *Más deporte para prevenir adicciones*. Gobierno del estado de Sonora. Recuperado en <http://www.isj.sonora.gob.mx/noticias/220-mas-deporte-para-prevenir-adicciones.html>
- Instituto Sonorense de la Mujer (2017). *El Instituto Sonorense de las Mujeres rechaza la violencia contra la mujer en todas sus manifestaciones*. Comunicado ISM: Gobierno de Sonora. Recuperado de <http://ism.sonora.gob.mx/difusion/noticias/153-el-instituto-sonorense-de-las-mujeres-rechaza-la-violencia-contra-la-mujer-en-todas-sus-manifestaciones.html>
- Mead, M. (2001). *Coming of Age in Samoa: A Psychological Study of Primitive Youth for Western Civilization*. New York: Perennial Classics
- Moran, J. (2008). *Modelo integral de desarrollo comunitario en Contribuciones a la Economía*. Recuperado de: <http://www.eumed.net/ce/2008b/jlm.htm>
- Moos, R., Moos, B. y Trickett, J. (1995). *Manual de Escalas de Clima Social*. 4º Ed. Madrid: TEA. ISBN: B4-7174-263-2
- Palacios, S. & Palacios, M. B. (2002). Discrepancias en el razonamiento de padres y adolescentes sobre el uso de las drogas. *Anales de Psicología*, 18(2), 233-245.
- Pastrana, D. (2007). *El mapa del hambre en México*. Recuperado en <http://www.nacionmulticultural.unam.mx/Portal/Izquierdo/PUBLICACIONES/Puli08/Edi t08/ B.html>
- Pérez, R. y Maya, L (2008). *Jóvenes Indígenas y Globalización en América Latina*. México: INAH.
- Perez, R. M. (2011). Jóvenes en América Latina: abordajes desde la antropología. Retos para la investigación de los jóvenes indígenas. *Revista Alteridades*. 21 (42). México Jul/Dic.2011. Versión On line ISSN 0188-7017
- Pons, J. & Berjano, E. (1997). Análisis de los estilos parentales de socialización asociados al abuso de alcohol en adolescentes. *Psicothema*, 9(3), 609-617.
- Ramiro, Y. (2009) Los modelos den Psicología Comunitaria Recuperado de: <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/yramiro/comunitaria.shtml>
- Romer, M. (2003) *¿Quién soy?: la identidad étnica en la generación de los hijos de migrantes indígenas en la zona metropolitana de la Ciudad de México*, tesis de doctorado en Antropología, México, INAH, ENAH, SEP.
- Robles, C. (2004). *La intervención pericial en Trabajo Social*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Rus, J. (2009). *La nueva ciudad maya en el Valle de Jovel: Urbanización acelerada, juventud indígena y comunidad en San*

- Cristóbal de las Casas*, en Marco Estrada Saavedra, Chiapas Después de la Tormenta: Estudios Sobre Economía Sociedad y Política. México: El Colegio de México.
- Sandoval, E. (2005) *Comunicación y cultura en los grupos étnicos del Estado de México*. 20(3), 13-33.
- Urteaga, M. (2008). Jóvenes e indios en el México contemporáneo. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. 6(2). 667-708. ISSN: 1692-715X
- Zavala, G. (2001). *El clima familiar, su relación con los intereses vocacionales y los tipos caracterológicos de los alumnos del 5to año de secundaria de los nacionales del distrito del Rimac*. Tesis Título Profesional de Psicólogo.

TRABAJO DE LA MADRE, ESCOLARIDAD Y APOYO PARENTAL PARA LA ESCUELA: CHIAPAS Y SONORA

Sonia Beatriz Echeverría Castro¹

Jesús Ocaña Zuñiga²

Javier José Vales García¹

1 Instituto Tecnológico de Sonora

2 Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas

RESUMEN

En este estudio se compararon las opiniones de madres y papás respecto a la atención de las actividades escolares y expectativas de escolaridad de los hijos, según el sexo, Estado de la República de residencia, escolaridad de los padres y trabajo remunerado de la mamá. Participaron 335 padres de familia de los cuáles 169 originarios de Chiapas y 169 de Sonora, se visitó las escuelas y se envió el cuestionario por solicitud del profesor como tarea escolar, los niños los trajeron de regreso al maestro. Se encontró que las madres de Chiapas se destacan en algunas opiniones más tradicionales que asignan a la mujer el cuidado académico de los hijos y una aceptación de un nivel escolar menor para las niñas que los niños, de hecho los padres del mismo estado no coinciden necesariamente en todos los aspectos con las madres chiapanecas. Los padres sonorenses de ambos sexos muestran una posición menos tradicional. El tener un trabajo remunerado de parte de la madre muestra algunas diferencias de las mamás que no reciben pago. Los resultados sostienen algunos de los elementos para la desigualdad de género en este tipo de actividades.

Palabras clave: Apoyo a tareas escolares, trabajo, escolaridad

INTRODUCCIÓN

Los padres son un elemento fundamental en la socialización de los niños y en la determinación de sus relaciones con sus pares del mismo o diferente sexo. Es en la familia el primer contexto en el cual se transmiten los valores sobre el actuar masculino y femenino, que para esa sociedad y mo-

mento histórico son aceptables, estos derivan una división sexual del trabajo.

Las creencias que sostienen las diferencias por género contribuyen en forma importante en el mantenimiento de las desigualdades respecto de las horas dedicadas por la madres al trabajo doméstico y cuidado de los hijos y obstaculizan y complican su desarrollo profesional y su alcance en la vida política y económica, si bien existen resultados evidentes del valor de dar cabida a la mujer en los diferentes escenarios, aún resulta complicado aceptar estas formas en las que contribuye al desarrollo del país más allá de su aportación en el hogar.

En el caso de la supervisión de la educación, sigue siendo la madre quien con más frecuencia cuida y monitorea la evolución de los hijos en sus estudios, si bien, cuando los niños van creciendo las madres se relajan un poco respecto a su implicación en el apoyo escolar de sus hijos (González, Domínguez y Baizán, 2010). Algunos autores señalan que las nuevas generaciones de padres han mostrado algunos cambios en la participación en el cuidado de los hijos y del hogar, que aparece especialmente en los primeros años de la crianza pero que va desapareciendo conforme crecen los hijos (Sánchez, Sanchez y Dresh, 2009).

Estos modelos permean hasta los diseños de estudios, por ejemplo hay investigaciones sobre el tiempo que pasan las madres con sus hijos y el nivel cognoscitivo que alcanzan estos (Vargas y Aran, 2013), ciertamente la presencia de una persona que atienda y tenga una interacción en juego y pláticas con los hijos es un elemento de estimulación y enriquecimiento del ambiente en el que pasa varias horas los niños, pero es debatible que tenga que ser necesariamente la madre, sino que pueden ser cualquiera de los padres o bien ambos en diferentes o en el mismo momentos, es decir, los varones tienen que replantearse estos cuestionamientos ya que la presencia de ambos padres si se involucran de manera consistente y constante pueden generar un ambiente rico de apoyo, oportunidades y aceptación. Así mismo los diseños y metodologías de estudio que solo comparan si la madre está o no presente, sin incluir al padre como un actor que tiene la misma responsabilidad y derecho de participar, pue-

de referir a resultados sesgados que ponen en una situación complicada a la mujer en el escenario público de su actuación como madre.

En general, son las condiciones de estimulación las que generan una variabilidad en el nivel intelectual de los niños, por ejemplo se ha encontrado que cuando éstos son cuidados por personas, amigos y familiares es más frecuente que presenten un desarrollo cognitivo inferior que cuando la madre está con los hijos a su entero cuidado. Sin embargo, ello no concluye que sea la sola presencia de la madre, sino de la estimulación y la cantidad de atención que pueda prestar una persona al cuidado de los infantes. Gregg, Washbrook, Propper y Burguess (2005) han encontrado que esta diferencia desaparece cuando los niños son cuidados en los centros especializados que existen para ello, como las guarderías y jardines infantiles.

Si bien, las instituciones de apoyo a la infancia (para que los padres se dediquen a la vida laboral) son espacios en la mayoría de los casos con estructuras formales de apoyo al desarrollo de los niños (supervisadas y controladas), el tiempo que dedica la madre y el padre son fundamentales para el desarrollo de sus hijos, por ejemplo en el fortalecimiento de las relaciones madre – hijo, padre – hijo, de hecho estas relaciones de la infancia generan efectos profundos que se mantienen toda la vida (Moreno, 2016).

Las diferencias por las condiciones sociales al parecer son importantes haciendo más vulnerables a las mujeres a estar con brechas importantes para el ejercicio de sus derechos y de mayor equidad en el desempeño de las actividades domésticas que implica vivir en familia.

Al respecto en este estudio se realiza una comparación entre los padres de familia de Sonora y de Chiapas, que permita comparar si existe diferencias en sus opiniones respecto a la tarea de las mujeres, en particular de la madre como cuidadora y encargada de atender los asuntos escolares, así mismo con las expectativas de estudio para niños vs niñas. Para contrastar como algunas de las condiciones sociales como el nivel de escolaridad, el tener un trabajo y el sexo del padre se asocia con el apoyo a las actividades escolares de los hijos, se planteó hacer una comparación entre padres

de dos estados de la República en frontera norte y sur; ambos estados contrastan por algunos de sus indicadores de bienestar que se supuso tendría implicaciones relevantes en las vidas de los ciudadanos de esas entidades.

Para contextualizar ambos estados de México, Sonora colinda al norte con Estados Unidos y Chiapas es frontera con Guatemala al sur. En términos de sus ingresos mensuales de la población empleada de 15 años y más se observa que en Sonora las mujeres ganan alrededor de 5815 pesos, y en Chiapas 2936 pesos, lo que muestra una diferencia importante. En el caso de los hombres de Sonora ganan en promedio 8852, en tanto que en Chiapas 3615. Las brechas entre los salarios son importantes tanto si se les compara por sexo, y/o por estado de residencia (INMUJERES, 2016). Con respecto a la participación económica de las mujeres, Sonora tiene una tasa mayor a 50%, en tanto que en Chiapas alcanza alrededor de 31.1 % (INEGI, 2016).

Si se compara ambos estados federativos, se observa una diferencia también con respecto a los años de estudios, según el INEGI (2015) en Sonora la población en promedio tienen 10.3 y en Chiapas 7.3 grados de escolaridad, siendo el promedio de 9.2.

En materia educativa el rezago educativo en la población de 15 y más años (no ha aprobado la secundaria completa) siendo Chiapas la que tiene los porcentajes mayores (55.9% de mujeres y 50.4% de hombres) y la de menor, Sonora (27.9% hombres y 26.7% mujeres) (INEGI, 2016).

Las diferencias en algunos indicadores económicos y sociales en ambos estados son importantes. Sin embargo, existen similitudes que muestran cómo en algunas de las situaciones de vidas el sexo pesa más para mantener un estado de desigualdad para la dedicación de las mujeres a la educación, la vida profesional y en generar a tener la opción y la oportunidad de generar desarrollo para el país, valga anotar el ejemplo de la participación de la población femenina de 12 años y más que realizan trabajo no remunerado (ser cuidadores de personas enfermas y sanas de niños de hasta 6 años y dedicar a tareas domésticas del hogar) es más alta en ambos estados. En Sonora es de 89.3% y en Chiapas con un valor muy cercano de 90.1%; además la proporción

más bajas de hombres de 12 y más años de edad que realizan trabajo no remunerado (cuidados de otros, proporcionar alimentos, trabajo doméstico, otros) se presenta en Chiapas con 42.7% y en Sonora es de 61.5% (INEGI, 2016).

OBJETIVOS

Comparar las opiniones sobre la dedicación de hombres y mujeres a la atención de las actividades escolares de sus hijos, según el sexo, estado de la República de residencia, escolaridad de los padres y trabajo remunerado de la madre, para caracterizarlos en tanto sostienen o rechazan elementos para la desigualdad de género en este tipo de actividades.

METODOLOGÍA

Este es parte de un estudio sobre la participación de los padres en el apoyo a sus hijos sobre sus asuntos escolares. Es un estudio descriptivo con alcance de correlación, referido a algunas creencias de ambos padres sobre quién se debe encargar de estos asuntos en la familia y la expectativa del nivel de estudios para hijas e hijos.

Participantes. Se consideraron 335 participantes con una muestra de 169 padres de familia de Chiapas y 169 de Sonora, de clase media y residentes de zonas urbanas; los niños son de diferentes grados escolares de escuelas primarias del subsistema de educación básica.

Como sucede en este tipo de estudios la mayor participación y colaboración es de madres y mucho menor de padres, la tabla 1, muestra la distribución de los padres que respondieron según su rol (madre, padre), en ambos estados de la República menos del 30% de los padres varones participaron (cumplimentando el cuestionario y regresándolo) (ver tabla 1).

Tabla 1
Porcentaje de padres según su estado de residencia

	Femenino %	Masculino %	Total %
Sonora	72	28	100
Chiapas	77	23	100
Total	74	26	100

INSTRUMENTOS

En un cuestionario sobre diferentes aspectos de la participación de los padres, se incluyeron un conjunto de preguntas respectivas a las creencias sobre la atención a los asuntos escolares de los hijos y la capacidad atribuida a cada uno de los padres para hacerlo mejor, y dos reactivos referidos a los grados de estudios considerados según el sexo del hijo.

PROCEDIMIENTO

Previa autorización del director de la escuela y los profesores, se les solicitó a los niños que llevaran los cuestionarios para que las respondieran sus padres como parte de una tarea. Posteriormente, los profesores recogían y la entregaban a los investigadores.

Enseguida se elaboró la base de datos y se realizaron los análisis correspondientes en un paquete estadístico SPSS.

RESULTADOS

Se presentan lo encontrado, considerando las opiniones de los padres en general, después por sexo y por estado – sexo con respecto a, que consideran que las madres tienen que cuidar de las actividades escolares de los hijos, si son más hábiles para ello que los padres varones, si los hijos hombres tienen que estudiar más que las mujeres o si ambos tienen que estudiar los mismo niveles educativos.

Al comparar el tiempo que dedican madre y padre a la atención en los asuntos escolares de los hijos, para el caso de Sonora existen diferencias significativas, para la madre es de 2.09 horas y para los padres de 1.33 horas, hay 9 casos que reportan que no le dedican tiempo. En Chiapas, las medias son parecida, para las madres es de 2.20 horas y para el padre 2.21 horas y no se observaron diferencias significativas, no hay padres que reporten que no le dediquen tiempo.

MADRES TIENEN QUE ATENDER LOS ASUNTOS ESCOLARES DE LOS HIJOS

La mayoría de los participantes (55%) están de acuerdo que es la madre a quien le corresponde cuidar que los hijos vayan bien en la escuela, un 39% están en desacuerdo y so-

lamente el 6% mencionaron estar indecisos. Lo que refleja que se sigue manteniendo una opinión muy tradicional con respecto al cuidado de los hijos.

Las creencias de que son las madres a quienes les corresponde el cuidado de los hijos en términos de la distribución de las actividades en el hogar, es sostenido por ambos padres. Se observa en la tabla 2, que existe una diferencia significativa en la frecuencia de madres y padres que consideran que son las mujeres quienes tienen que apoyar estas tareas (chi cuadrada 10.04, gl 2, p.007), de hecho se encuentra que más mujeres (58%) que hombres (44%) opinan de esta forma.

Tabla 2
Porcentaje de padres por sexo, según su opinión de que la madre es quien le corresponde hacerse cargo de atender los asuntos escolares de los hijos

Sexo de padre	Desacuerdo	Indeciso	Acuerdo	Total
	%	%	%	%
Femenino	37	5	58	100
Masculino	43	13	44	100

Al comparar por Estado, hay una diferencia con respecto a los padres que consideran que es a las mujeres a quienes les corresponde las tareas de atender las actividades escolares de los hijos (ver tabla 4), hay mayor porcentaje de indecisos en Chiapas que en Sonora. Estas diferencias de porcentaje entre estados, fueron significativa al .003, la Chi cuadrada fue de 11.69, 2 grados de libertad (gl). En general se observa una tendencia que sean más mujeres que hombres que acepten que sean las madres quienes atiendan, pero en el caso de Sonora son más padres que no aceptan esta situación, destacándose los padres varones de Sonora. Estas diferencias para el caso de los padres hombres entre estados, es significativamente diferente, con una chi cuadrada de 11.07, gl 2, p .004. Para el caso de las madres si bien existe una diferencia no es significativa, aunque la tendencia se mantiene con un mayor porcentaje que aceptan que tendría que ser la mujer quien se dedique a esta tarea (ver tabla 3).

Tabla 3
Porcentaje de padres respecto a su opinión de que las mamás les toca cuidar que los hijos vayan bien en la escuela, según su estado de residencia y sexo

Estado de residencia	Sexo del padre	Desacuerdo %	Indeciso %	Acuerdo %	Total %
Sonora	Femenino	44	3	53	100
	Masculino	60	8	32	100
Chiapas	Femenino	31	6	63	100
	Masculino	24	18	58	100

MÁS HABILIDAD EN LAS MADRES

Al explorar la opinión con respecto a que las madres pueden ser más hábiles para el cuidado de los niños en el aspecto escolar, la mayor parte de los padres (57%) están de acuerdo con ello, sin embargo, se observa un poco más de una tercera parte (36%) que no coincide con estas ideas, y hay un pequeño grupo de indecisos (7%)

Al comparar las opiniones por sexo del padre no se observa diferencia significativa, aunque sean ligeramente más porcentaje de madres (60%) que padres varones (51%), es decir, las madres también opinan que son más capaces de realizar esa actividad en la familia.

Si se desagregan los datos para ambos Estados de la República se observa que más padres de Chiapas consideran que ciertamente las madres son más hábiles, sin embargo, esta diferencia no es significativa, en general se encuentran un poco más de indecisos y menos que están en desacuerdo en Chiapas. Se observó que en ambos estados son más las mujeres que los hombres que están de acuerdo con ello, y que hay mayor porcentaje de padres chiapanecos que tienen la misma opinión (Espitiay Monte, 2009) (ver tabla 4).

Tabla 4
Porcentaje de padres por estado de residencia y sexo que opinan que la madre tiene más habilidad de cuidar que los niños vayan bien en la escuela que los papás.

Estado de residencia	Sexo del padre	Desacuerdo %	Indeciso %	Acuerdo %	Total %
Sonora	Femenino	35	6	59	100
	Masculino	51	4	45	100
Chiapas	Femenino	32	7	61	100
	Masculino	29	13	58	100

VARONES TIENEN QUE ESTUDIAR MÁS QUE LAS MUJERES

Al revisar las opiniones de los padres relacionadas con los niveles educativos a los que tienen que llegar los varones versus las mujeres, se encuentra que la mayoría (80%) no concuerda con la idea de tengan que estudiar más que las mujeres y consideran que las chicas deben estudiar los mismos niveles educativos que los varones (ver tabla 6), aquí hay un 4 % de padres indecisos o confusos con respecto a su propia opinión al respecto.

Un porcentaje muy similar de padres varones y madres están en desacuerdo de que los hombres tienen que estudiar más que las mujeres (80% y 79 %, respectivamente), en general coinciden la mayoría, no hay diferencia significativa.

Cuando se desagrega a los padres por Estado de residencia se observa una diferencia significativa (Chi cuadrada de 20.6, 2 gl y p.000), más padres están de acuerdo con ello, en Sonora es la mitad de lo que los padres de Chiapas consideran, en desacuerdo se observa una diferencia importante, ya que hay menos padres sonorenses indecisos. Al desagregar por estado y sexo, no se encuentran diferencias significativas con respecto a su opinión sobre que los varones tienen que estudiar más que las mujeres, son parecidos los datos entre padres y madres de cada estado, aunque si se comparan entre estados, no hay muchas similitudes, más padres de Sonora están en desacuerdo con esta opinión, además son más padres chiapanecos que están indecisos, tienen duda respecto a esto (ver tabla 5).

Tabla 5
Porcentaje de padres por estado de residencia y sexo, según su opinión de que los varones tienen que estudiar más que las mujeres

Estado de residencia	Sexo del padre	Desacuerdo %	Indeciso %	Acuerdo %	Total %
Sonora	Femenino	90	1	9	100
	Masculino	89	2	9	100
Chiapas	Femenino	71	6	23	100
	Masculino	66	11	24	100

LAS MUJERES TIENEN QUE ESTUDIAR LOS MISMOS NIVELES EDUCATIVOS QUE LOS HOMBRES

La mayoría de los padres considera que las mujeres deben estudiar los mismos niveles educativos que los hombres, sin embargo, hay aún un porcentaje de 12% que no está de acuerdo con ello.

Si se desagrega por sexo del padre, no se encuentra una diferencia significativa, el 91% de padres varones están de acuerdo y un 83% de madres. Cuando se compara por estado de residencia, se observa que una mayor cantidad de madres sonorenses están de acuerdo que niñas y niños estudien similar en tanto que menos de las mamás residentes de Chiapas opinan en esta igualdad de oportunidades, hay una diferencia significativa (Chi 7.22, gl 2; y p.027). En el caso de los padres son muy similares los porcentajes y no hay diferencia significativa (ver tabla 6).

Tabla 6
Porcentaje de padres por estado de residencia y sexo, según su opinión de que las niñas tienen que estudiar los mismos niveles educativos que los hombres

Estado de residencia	Sexo del padre	Desacuerdo %	Indeciso %	Acuerdo %	Total %
Sonora	Femenino	9	1	90	100
	Masculino	9	2	89	100
Chiapas	Femenino	16	8	77	100
	Masculino	8	0	92	100

Menos madres de Chiapas están de acuerdo que las hijas estudien los mismos niveles educativos que los niños, si se revisa lo que dicen los padres en este mismo estado, hay una diferencia importante ya que no parecen ser éstos quienes no permitan estudiar a las hijas igual que a los hijos, si son las mujeres que están limitando estas oportunidades se supone que habrá en las niñas desde pequeñas unas aspiraciones y expectativas de baja escolaridad. La madre entonces se destaca por mantener estas ideas tradicionales y que ponen en desventaja a las hijas mujeres.

MADRES CON O SIN TRABAJO REMUNERADO

Al comparar a las madres de ambos estados según su estatus laboral, se encuentra que en Sonora hay un porcentaje de 56 % que están empleadas y en Chiapas el 50 por ciento. Cuando se cuestiona respecto a la opinión que sean las madres quienes tienen que cuidar que los niños les vaya bien en la escuela, son las mujeres sonorenses que no tienen un trabajo remunerado quienes señalan que si les corresponde hacerse cargo de esta tarea, existiendo una diferencia significativa (Chi cuadrada 8.94, s gl, p. =.011) con las que tienen remuneración. Lo cual atendería a la lógica que en casa esa es una de las tareas a las que se dedica y que están de acuerdo que esas tareas las atiendan las mujeres, no es así para quienes trabajan seguramente asociado a que tienen que dejar al cuidado de otras personas y organizaciones a sus hijos.

En tanto que las mujeres de Chiapas los porcentajes son similares y no existe diferencia significativa (tabla 7), en general la mayoría está de acuerdo que a la madre le corresponda cuidar que los hijos le vaya bien en la escuela, esto muestra una diferencia entre ambos grupos de madres que trabajan; nuevamente hay que profundizar en el estudio de esta situación y verificar el tipo de actividad laboral que realizan las mujeres en cada uno de los estados, además de otras variables como el hecho de tener a los hijos con ellas cuando están trabajando, entre otros datos que pueden aclarar estos resultados.

Tabla 7
Porcentaje por estado de residencia y trabajo, según su opinión de que en la familia a las mamás les toca cuidar que los hijos vayan bien en la escuela

Estado de residencia	Trabajo	Des-acuerdo %	Indeciso %	Acuerdo %	Total %
Sonora	No trabajo remunerado	36	4	60	100
	Trabajo remunerado	58	5	37	100
Chiapas	No trabajo remunerado	23	12	65	100
	Trabajo remunerado	35	5	60	100

Con respecto a la opinión respecto que las madres tienen más habilidad para cuidar que los hijos vayan bien en la escuela, no se observan diferencias significativas entre los porcentajes de las madres que tienen un trabajo remunerado y de quienes no lo tienen para el caso de las mujeres de Sonora, pero no ocurre lo mismo para las mamás de Chiapas, que si hay una diferencia significativa (chi cuadrada 9.39 y gl 2; p.009) (ver tabla 8).

Tabla 8
Porcentaje por estado de residencia y trabajo, según su opinión de que las mamás tienen más habilidad de cuidar que los niños vayan bien en la escuela que los papás

Estado de residencia	Trabajo	Desacuerdo %	Indeciso %	Acuerdo %	Total %
Sonora	No trabajo remunerado	33	7	60	100
	Trabajo remunerado	46	5	49	100
Chiapas	No trabajo remunerado	25	4	71	100
	Trabajo remunerado	37	13	50	100

Al comparar las opiniones de las madres que trabajan y de quienes se dedican al hogar sin remuneración, se observó que no hay diferencia significativa en el caso de las opiniones de las sonorenses con respecto a que los varones tengan que estudiar más que las mujeres. Para el caso de las madres de Chiapas si hay una diferencia significativa (Chi cuadrada 6.63, con 2 gl, p:036), hay mayor porcentaje de mujeres que tienen un trabajo remunerado que coinciden con esta opinión y también más en la categoría de indecisas (ver tabla 9).

Tabla 9
Porcentaje por estado de residencia y trabajo, según su opinión de que los varones tienen que estudiar más grados educativos que las mujeres

Estado de residencia	Trabaja	Des-acuerdo %	Indeciso %	Acuerdo %	Total %
Sonora	No trabajo remunerado	94		6	100
	Trabajo remunerado	85	2	13	100
Chiapas	No trabajo remunerado	78	4	18	100
	Trabajo remunerado	61	11	28	100

Una situación similar a la anterior ocurre con la opinión de que las niñas tienen que estudiar los mismos niveles educativos que los hombres, en ambos estados más madres que no tienen un trabajo remunerado que están de acuerdo de que las niñas tienen que estudiar igual que los hombres, pero en el caso de las originarias de Sonora no importa si tienen o no un trabajo remunerado la gran mayoría están de acuerdo que estudien igual hombres y mujeres. Para el caso de las madres chiapanecas, esta diferencia si es significativa, y curiosamente son las que no trabajan quienes están más de acuerdo que si estudien igual niños y niñas, un resultado que resulta interesante puesto que son quienes están en casa que desean que tengan oportunidades de estudiar las chicas (Chi cuadrada 8.94, gl 2, p:01) (ver tabla 10). Es necesario explorar más estas opiniones de las madres, es probable que

haya una variable mediadora que permita entender mejor esta opinión.

Tabla 10

Porcentaje por estado de residencia y trabajo, según su opinión de que las niñas tienen que estudiar los mismos niveles educativos que los hombres

Estado de residencia	Trabaja	D e s - acuerdo %	Inde- c i s o %	Acuer- do %	Total %
Sonora	No trabajo remunerado	7	1	92	100
	Trabajo remunerado	12	1	87	100
Chiapas	No trabajo remunerado	10	2	88	100
	Trabajo remunerado	19	12	69	100

ESCOLARIDAD DE LOS PADRES, NIVEL SOCIOECONÓMICO Y OPINIONES DE LOS PADRES

Al relacionar las opiniones de los padres, se observa que la mayoría tienen una correlación con la escolaridad de los padres y el nivel socioeconómico, excepto la referida a que la mamá tiene mayor habilidad para cuidar a los hijos que el papá. Sin embargo, estas relaciones aunque significativas son débiles, la más alta es superior apenas de .2; lo que se correlaciona fuerte son escolaridad de la madre y el padre que llega a .70 y de éstas con el nivel socioeconómico moderado arriba de .4 (ver tabla 11).

Tabla 11
Correlación de la Escolaridad de los padres y las opiniones de los padres y el nivel socioeconómico.

	1	2	3	4	5	6	7
1	1						
2	.701**	1					
3	-.212**	-.207**	1				
4	-.182**	-.162**	.457**	1			
5	-.182**	-.175**	.205**	.155**	1		
6	.032	.108	.015	.018	-.155**	1	
7	.401**	.494**	-.182**	-.123*	-.256**	.095	1

** . Significativa al 0.01; * . Significativa al 0.05 (bilateral). 1= Escolaridad padre, 2=Escolaridad madre, 3=Madres tienen cuidado que sus hijos vayan bien en la escuela, 4=Mayor habilidad de la mamá de cuidar a hijos que el papá, 5= Varones más estudios que mujeres, 6= Niñas mismos niveles educativos que hombres, 7=Nivel económico

DISCUSIÓN

Es necesario señalar que la muestra de padres varones no llegó al 30%, y que se tiene que considerar con reserva los resultados mostrados, aunque en estos estudios de padres de familia son las madres quienes más responden.

Se tienen más opiniones por parte de los padres que dirigen una tendencia hacia la equidad, aunque aún se está lejos de ella, puesto que hay que considerar que varias de estas respuestas pueden ser un discurso más que una realidad y responder a la deseabilidad social; aun así vale la pena tener este dato como una aproximación. En el mismo sentido se encuentra todavía un porcentaje importante que mantiene un estatus quo, un enfoque tradicional, de lo cual hay que destacar que muchas madres sostienen estas opiniones, en algunas de estas creencias más que los padres, lo cual deja claro que las mujeres en la misma crianza da fuerza al mantenimiento de estas situaciones de desigualdad.

En general, hay un porcentaje importante de padres (sin importar su sexo) que consideran que son más hábiles las mujeres (Burrows, y Olivares, 2006), lo cual estará soste-

nido por el entrenamiento social para ello que se establece en las mujeres; sin embargo, si se refiere al asunto escolar no tendría tanta razón si en general los padres tienen mayor escolaridad y podrían apoyar más a los hijos en sus tareas o dudas académicas.

En cuanto a que las mujeres deben estudiar igual que los hombres, la mayoría de padres piensa que esto es lo adecuado. Son los padres sonorenses sin importar el sexo quienes más están de acuerdo con esto, en el caso de los padres de Chiapas, son más los varones quienes consideran que las hijas estudien igual que los hijos. Sin embargo, es importante no olvidar que todavía existe un porcentaje pequeño (poco más del 10%) que está en desacuerdo con esto, destacándose las madres chiapanecas que doblan el porcentaje de los padres del mismo Estado y de los de Sonora.

El tener las madres un trabajo remunerado o dedicarse al hogar (sin pago) está asociado con diferentes opiniones en Chiapas, pero no para las madres sonorenses. Más madres chiapanecas que no trabajan quieren que sus hijas estudien los mismos niveles que los hombres, simultáneamente que las que trabajan quieren que sus hijos varones estudien más que las mujeres, se requiere más investigación para entender estas opiniones y su relación con el trabajo pagado.

Con respecto a la escolaridad y el nivel socioeconómico, no tienen una relación suficientemente fuerte para considerar que pueden tener una influencia, se tendrá que seguir estudiando los efectos anidados o mediadores de estas variables. Además, al comparar estos dos Estados de México, con diferencias importantes en los ingresos económicos y escolaridad de las familias, se están considerando algunos de estos efectos, solo que no hay oportunidad de separar los efectos de las otras variables que están anidadas, como las culturales, y demás.

CONCLUSIONES

Los datos revelan que la mayoría de los padres de ambos sexos, consideran similares oportunidades para mujeres y hombres, así como la participación de los hombres en el cuidado de los hijos en los asuntos escolares, por lo menos

es lo que responden, a ello habrá sin duda que considerar la deseabilidad social.

A pesar de estos resultados, aún hay un porcentaje que mantiene opiniones contrarias, llama la atención que en este grupo sean más madres quienes estén sosteniendo estas opiniones que representan mayor vulnerabilidad para las mujeres, y en particular en el estado de la República más pobre de los que se recogieron datos. Galet y Alzás (2015) señalan la relevancia que se realicen escuelas para padres en las que se reflexione sobre estos aspectos, pero también que se lleve a cabo de manera transversal introducido en los temas de la vida cotidiana, especialmente importante que se consideren a las madres, para entrar en este proceso de reflexión, poniendo especial atención en las madres de Chiapas, lo cual de ninguna manera se debe considerar un proceso sencillo y lineal, se tienen que considerar la mejora de la calidad de vida de las mujeres y en general de las familias.

REFERENCIAS

- Burrows, F. y Olivares, M. (2006). *Familia y Proceso de Aprendizaje. Prácticas sociales a nivel familiar que tienen relación con el aprendizaje de niños y niñas del nivel preescolar y del primer ciclo escolar básico de Villarrica y Pucón*. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Espitia, R. y Montes, M. (2009). Influencia de la familia en el proceso educativo de los menores del barrio Costa Azul de Sincelejo (Colombia). *Revista Investigación y Desarrollo*. 17(1), 84-105.
- Galet, Carmen y Alzás, Teresa. (2014). Trascendencia en el rol de género en la educación familiar. *Campo abierto*, 33(2), 97-114.
- González, M., Domínguez, M., y Baizán, P. (2010). Cuidado parental en la infancia y desigualdad social. *Dialnet*. 158, 5-55. Recuperado de: http://www.fundacionalternativas.org/public/storage/laboratorio_documentos_archivos/d7cad0abbe75a6d-730cb7b416b5da5e.pdf
- Gómez, V. (2008). El debate en torno a la regulación de la igualdad de género en la familia. *Política y Sociedad*, 45(2), 13-28.
- Gregg, P., Washbrook, E., Propper, C., y Burgess, S. (2005). The Effects of a Mother's Return to Work Decision on Child Development in the UK. *The Economic Journal*. 115(501), 48-80. Recuperado de: https://www.jstor.org/stable/3590463?seq=1#page_scan_tab_contents
- Instituto Nacional de estadística y Geografía (INEGI). (2015). *Encuesta Intercensal 2015*. Recuperado de: <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/especiales/intercensal/>
- Instituto Nacional de estadística y Geografía (INEGI). (2016). *Mujeres y Hombres en México 2016*. México. Recuperado de: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825084097.pdf
- Instituto Nacional de las Mujeres (INM). (2007). *El impacto de los estereotipos y roles de género en México* (2007). México.
- Instituto Nacional de las Mujeres (INM). (2016). *Brecha salarial de género en México*. México. Recuperado de: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101271.pdf
- Moreno, S. (2016). Padres de familia en México: Reflexiones en el contexto del día del padre. *Cesop*. 64, 01-19. Recuperado de: <http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/content/download/45169/225204/file/CESOP-IL-14-EC64PadresDeFamiliaEnMexico-160615.pdf>
- Sánchez, S., Sánchez, M., y Dresch, V. (2009). Hombres y trabajo doméstico: Variables demográficas, salud y satisfacción. *Análisis de Psicología* 25(2), 299-307. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/167/16712958012.pdf>

PRÁCTICAS DE PARTICIPACIÓN DE PADRES DE NIÑOS CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES EN PRIMARIA PÚBLICA

Lorena Márquez Ibarra
María Luisa Madueño Serrano
María Fernanda Medina Cruz
Dania Dayli Villagrana Rodríguez
Agustín Manig Valenzuela
Instituto Tecnológico de Sonora

RESUMEN

Se refieren los resultados de un estudio cualitativo realizado en escuelas primarias públicas urbanas de Sonora. Se buscó recuperar las prácticas de participación de padres de hijos con necesidades educativas especiales. La recolección de información se realizó mediante una entrevista a ocho padres y madres de familia, elegidos mediante muestreo selectivo. Se realizó un análisis de contenido del que emergieron cuatro categorías, las cuales dan cuenta de las prácticas comunes, la posición que ocupan en la dinámica escolar y el rol que asumen los padres en la educación desde el hogar. Se concluye que el personal de la Unidad de Servicios de Apoyo a la Educación Regular (USAER) y el profesor de grupo son pieza clave en el involucramiento parental. La escuela abre espacios delimitados a los padres por lo que la participación como tal no está presente, es necesario trabajar para lograr una cultura de participación en las escuelas.

Palabras clave: educación, padres de familia, necesidades educativas especiales

INTRODUCCIÓN

En el momento que los niños ingresan a una institución educativa los padres juegan un papel importante en su educación, por ello es necesario crear un fuerte vínculo entre la familia y la escuela (González, Corral, Frías, & Miranda, 1998). Martínez (2004), señala que las prácticas familiares están, incluso, por encima de los aspectos demográficos, económicos y comunitarios que rodean al estudiante.

Las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), abogan por la articulación familia-escuela y fundamenta esta necesidad en tres razones: los padres son los primeros educadores de sus hijos e hijas; el impacto positivo que puede tener una educación temprana de calidad en el desarrollo y aprendizaje de los niños; y la familia como un espacio privilegiado para lograr una ampliación de la cobertura de la educación de la primera infancia (Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [UNESCO], 2004). Con base a esto la participación de los padres en la educación de sus hijos es relevante, aún más cuando los hijos presentan alguna necesidad educativa especial.

La educación especial en México data del siglo XIX cuando se expidieron leyes y decretos (Frola, 2004). En los años setenta se creó la Dirección General de Educación Especial y se fundaron escuelas y servicios de educación especial (García et al., 2000). Para el año 1980 se estableció una política educativa que apoyó a las personas con requerimientos de educación especial en donde se destacó la normalización e integración del niño con requerimientos especiales de educación, la adopción de la denominación de niños, jóvenes, personas con requerimientos de educación especial, privilegiando a la persona antes que su discapacidad y, el derecho de igualdad de oportunidades para la educación (Frola, 2004).

En 1992 surge el Acuerdo Nacional para la Modernización de la Educación Básica en el cual se puntualiza la reestructuración del Sistema Educativo Nacional con el propósito de elevar la calidad de los servicios educativos que se ofrecen, por lo que un año después se realizaron modificaciones al Artículo 3° Constitucional en sus Fracciones II, IV y V que hacen referencia a combatir la ignorancia y sus efectos, la servidumbre, los fanatismos y prejuicios, sobre una educación gratuita y, la promoción y atención de todos los tipos y modalidades educativos (ibídem). Posteriormente, con el Artículo 41 de la Ley General de Educación (LGE) inició formalmente el proceso de integración educativa, que derivó en cambios organizacionales y funcionales en la educación especial y en el surgimiento de centros de atención

y unidades de servicio que atenderían a alumnos con discapacidades severas o con discapacidad múltiple dentro de la misma institución en grupos por nivel de edad e impartiendo el mismo currículo de las escuelas regulares (Secretaría de Educación Pública [SEP], 1994).

La LGE en el Capítulo VII establece como derecho y obligación de los padres el participar con las autoridades de la escuela cuando se presente algún problema relacionado con la educación de sus hijos y el colaborar en el mejoramiento de la institución educativa (Secretaría de Educación Pública [SEP], 2016).

Los Centros de Atención Múltiple (CAM) brindan atención escolarizada integral a niños, niñas y jóvenes con discapacidad, discapacidad múltiple o trastornos graves del desarrollo, condiciones que dificultan su ingreso en escuelas regulares (ibídem), cuya finalidad es orientar sus esfuerzos a la incorporación de alumnos a escuelas regulares con base a la política de Integración Educativa (IE) la cual tiene como principios el respeto a las diferencias, derechos humanos, igualdad de oportunidades y escuela para todos.

Actualmente, un CAM está formado por un director y el área de pedagogía. El área pedagógica está atendida por un equipo de apoyo psicopedagógico y uno de apoyo técnico. El primer equipo cuenta con maestro de grupo (de educación inicial o primaria), un instructor de taller escolar, y un instructor de capacitación para el trabajo. El equipo de apoyo técnico lo integran: psicólogo, trabajador social, maestro de lenguaje, maestra de apoyo, terapeuta físico y maestro de educación física (Mares & Lora, 2011).

Las escuelas regulares también cuentan con el apoyo de la Unidad de Servicios de Apoyo a la Educación Regular (USAER), la cual es una instancia técnico-operativa y administrativa de apoyo a la atención de los alumnos con necesidades educativas especiales con o sin discapacidad, integrados a las escuelas de educación básica mediante la orientación al personal docente y a los padres de familia con ayuda de un equipo de apoyo técnico, un psicólogo, un trabajador social y un profesor de lenguaje, además de otros especialistas en deficiencia mental, neuromotores, problemas de visuales y de audición si se requiere (Frola, 2004).

La inclusión de niños con necesidades educativas especiales (NEE) a las aulas regulares ha exigido una mayor participación de los padres, de los docentes y administrativos. Funkhouse y Gonzales (1997) afirman que las actitudes hacia la escuela y el rendimiento académico son notables en los estudiantes cuyos padres se involucran en comparación con quienes se mantienen distantes. Por su parte Arancibia, Herrera y Strasser (1999) señalan que más allá de pretender motivarlos, se debe considerar que la familia necesita sentirse parte del contexto escolar, para formar parte sin desdibujar su rol y el de la escuela.

Cabe hacer notar que la mayoría de los trabajos realizados sobre el tema de la participación parental en la escuela versan sobre nueve vertientes principales. Una de esas líneas tiene que ver con los tipos de participación (Urías, Márquez, & Tapia, 2009, Garreta, 2008; Rodríguez, 2007; Valdés, Pavón, & Sánchez, 2009; Bolis & Giacobbe, 2007; Gallardo & Calisto, 2004; Bracho & Martínez, 2006; Schmelkes, 2008; Loera, Cázares, & García, 2005; Delgado 2008a); los factores asociados al desempeño escolar (Navarro, Pérez, González, & Jiménez, 2005; 2006; Arguedas & Jiménez, 2007; Epstein, 2005; Huerta, 2010; Bazán, Sánchez, & Castañeda, 2007; Muñoz, Márquez, Sandoval; Sánchez, 2004; Schmelkes, 2008); las barreras o facilitadores de la participación (Alcalay, Milicic & Torretti, 2005; Yuli, Sosa, & Araya, 2004; Pino & Rodríguez, 2007; Navarro, Pérez, González, Mora, & Jiménez, 2006; Bracho & Martínez, 2006; Martínez, Bracho, & Martínez, 2007; Schmelkes, 2008; Huerta, 2010; Delgado 2008b); así como estudios que involucran la etapa de desarrollo de los hijos en el vínculo familia-escuela (Laluzza & Crespo, 2003; Perinat, 2003; Dolto, 2004; Cebotarev, 2003); otros que abordan los efectos de la modernidad sobre la familia y la escuela (Giddens, 2000; Perelló, 2006; Furstenberg, 2003); así como los mitos y prejuicios en torno a la participación de los padres en las escuelas (Oraisón & Pérez, 2006; Martínez, Bracho, & Martínez, 2007; Schmelkes, 2008).

Asimismo se han realizado estudios que abordan la participación social en las escuelas desde la política educativa (Navarro, 2006; Martínez, Bracho, & Martínez, 2007; Vé-

lez, Linares, Martínez, & Delgado, 2008; Muñoz, 2008); así como temas relacionados con democracia y la participación social en las escuelas (Acevedo, Sánchez, Lorandi, & Almeida, 2008; Navarro, 2006; Galván 2008); y también estudios sobre la participación de la comunidad en la escuela (Delgado, 2008b).

Algunos de los estudios anteriores tocan el tema de las prácticas de participación y han derivado ejes de análisis que invitan a profundizar. Dado lo anterior, a lo largo del presente capítulo se presentan los resultados de una investigación centrada en las prácticas de participación de los padres y madres de familia de niños con necesidades educativas especiales. Su abordaje desde lo cualitativo permitió explorar algunos aspectos de la vida escolar a fin de conocer de forma detallada la manera en que se manifiestan estos procesos desde el punto de vista de los involucrados, en un intento de reflejar lo complejo y singular del fenómeno estudiado al rescatar las características del contexto escolar y la dinámica familiar, ambos escenarios como dimensiones de análisis.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad, se hace indispensable el trabajo colaborativo entre la familia y escuela, ambas instituciones impactan en la vida del niño/a tanto en el aspecto emocional, afectivo y cognitivo; sin embargo, entre los problemas más frecuentes que enfrenta la educación en México está la falta de participación de los padres de familia en la formación académica de sus hijos, así como la escases de investigaciones que aborden esta temática (Guevara, 1996).

Por otro lado, en cuanto a los índices de discapacidad en México, según las cifras del Instituto Nacional de Evaluación Educativa (INEE, 2003), al terminar la enseñanza primaria, 63% de los alumnos presentaban competencias de escritura por debajo del mínimo esperado. Los exámenes de ingreso a la educación media permiten observar que los aspirantes presentan competencias débiles en razonamiento verbal y matemático (SEP, 2001).

El Censo General de Población y Vivienda realizado en el año 2000, señaló una prevalencia de discapacidad de

1.8% en la población total del país, mientras que la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño realizada en 2003 por la Secretaría de Salud, reveló que aproximadamente el 9% presentaba algún grado de dificultad en los dominios de movilidad, función mental, estado de ánimo, actividades usuales y dolor y función social, por lo cual se estimó que el número de personas con discapacidad podría llegar a ser de alrededor de 9.7 millones en todo el país. Por su parte, el Censo de Población y Vivienda 2010 identificó a 5 millones 739 mil 270 personas con alguna dificultad física o mental para realizar actividades de la vida cotidiana, lo que representa el 5.1% de la población total del país. Para el 2014, la cifra fue del 6% de la población mexicana (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2015).

De acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014, los tipos de discapacidad más frecuentes a nivel nacional son: caminar, subir o bajar usando sus piernas (64%) y ver, aunque use lentes (58%) y en el extremo opuesto se ubica la dificultad para hablar o comunicarse con un 18%. Entre la población de 0 a 14 años un 46% tienen dificultades para hablar o comunicarse y un 37% para bañarse, vestirse o comer (ibídem).

Con base a estas cifras se puede notar que gran parte de la población sufre algún tipo de discapacidad, lo que lleva a pensar que debido al compromiso del país por generar una educación inclusiva, gran parte de las escuelas deberían estar adecuadas para recibir a estos niños con necesidades educativas especiales, no solo tomando en cuenta la infraestructura, sino también las estrategias que tanto padres como docentes deben implementar para brindar una educación de calidad.

Una investigación realizada por la CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) en donde se revisaron 47 estudios que relacionan el rendimiento académico con distintas variables, tanto de la familia como del niño y la escuela, encontró que 30 de ellos estudian variables de la familia, de los cuales resaltan que se refieren a actitudes de los padres. Los resultados mostraron que la variable apoyo dado por los padres a las labores escolares resulta significativa (Pitiyanuwat & Reed, 1994).

A partir de las estadísticas reflejadas surgió la necesidad de explorar con mayor profundidad el fenómeno de la participación parental, y en este caso se hace desde las prácticas de participación de los padres en la escuela, lo cual permite identificar sus ideologías al respecto, los límites de actuación impuestos por ellos mismos y aquellas prácticas fomentadas, concedidas o permitidas desde la escuela, el rol que ocupan y las prebendas de su participación; por lo que la presente investigación partió de la siguiente interrogante: ¿Cuáles son las prácticas de participación de padres de niños con necesidades educativas especiales en dos escuelas primarias públicas de Ciudad Obregón?

LA PARTICIPACIÓN PARENTAL EN LA ESCUELA

Las relaciones escuela, familia y comunidad constituyen un campo joven de estudio, sin embargo, el conocimiento relativo a este campo ha crecido considerablemente en los últimos veinticinco años (Epstein & Sheldon, 2007). Para Márquez, la participación de los padres en la educación de los hijos “es una actividad que integra individuos que poseen intereses que les son comunes, se habla de voluntad y de capacidades, obviamente de esfuerzo, de un deseo de cambiar una situación, de mejorarla” (2104, p. 41), y agrega que esta puede ser de diversas formas y grados.

Con el reconocimiento de la importancia que tiene el rol de los padres en la educación de sus hijos han surgido regulaciones, normativas, orientaciones y programas de acción que indican que el nivel de participación y satisfacción de los padres es una medida de calidad del sistema educativo (Epstein et. al., 2002; Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [UNESCO], 2004).

Los estudios realizados en México muestran que las figuras parentales participan poco en las actividades educativas de los hijos (Guzmán & Del Campo, 2001; Valdés, Martín & Sánchez, 2009; Márquez, 2014), entre las que destaca la supervisión y control de las tareas en la casa (Valdés, Urías, Montoya, & Ortiz, 2009); o bien en la realización de actividades con el fin de obtener ingresos económicos para realizar mejoras en las instalaciones, cuidar el funcionamiento

de las mismas, para la organización de eventos (Vélez, Linares, Martínez & Delgado, 2008). Y en esa misma línea, García y Martínez (2005) y Urías, Márquez, Tapia y Madueño (2008), afirman que los más bajos niveles de participación de los padres se presentan en los aspectos que involucran su relación con la escuela.

Cuando los padres participan en la educación de sus niños, se obtienen beneficios, tanto para los padres como para el niño, ya que frecuentemente mejora la autoestima del niño, los padres desarrollan actitudes positivas hacia la escuela y logran mayor comprensión del proceso de enseñanza (Brown, Collins, & Duguid 1989), además de aumentar la autoconfianza, el acceso a información sobre estrategias parentales, programas educacionales, el funcionamiento de la institución y se logran una visión más positiva de los profesores (Navarro, Pérez, González, Mora, & Jiménez, 2006).

El Ministerio de Educación, Cultura y Deporte de España (2014) define tres ejes motivacionales para que los actores educativos quieran y tomen parte en el proceso educativo: 1) El interés subjetivo o ideológico, el cual se logra en la medida en que las ideas o ideales del colectivo de padres sean afines a sus intereses, necesidades u objetivos; 2) la satisfacción socio afectiva, cuando se les da un reconocimiento social y se refuerza su sentimiento de pertenencia al grupo; y 3) la percepción de la rentabilidad, cuando la propuesta que se les brinda les parece creíble o útil. Sin embargo, estos ejes no bastan para que se dé una participación, para esto no solo hay que querer hacerlo, sino que hay que saber cómo hacerlo; se requiere informarse y formarse de tal forma que se facilite la comunicación y la cohesión. A lo anterior se añade el poder participar, que es el tener los espacios necesarios, así como los mecanismos que permitan una intervención. Así lo propone Márquez:

En una participación *sustantiva*, las capacidades se priorizan y las oportunidades de participar se ajustan a lo que cada quien puede aportar. Una verdadera participación se da cuando hay un equilibrio entre ambas dinámicas, es decir, entre sus capacidades participativas y las oportunidades (condiciones), lo que las personas saben sumado a su iniciativa. (2014, p. 55)

Es posible identificar diferentes niveles de participación parental, desde una conversación entre padres y docentes donde se brinde información relevante del niño, hasta el interés por los padres de participar en tomas de decisiones del centro escolar (Flamey, Gubbins, & Morales, 1999; Epstein et al. 2002; Martiniello, 1999; Márquez, 2014). Y según Navarro (2002), dependiendo de los lugares donde esta ocurra (hogar vs escuela) y el área de aprendizaje (académico vs no académico).

LA PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES EN LA EDUCACIÓN DE NIÑOS CON NEE

Cuando se habla sobre Necesidades Educativas Especiales (NEE), se hace referencia a aquellas necesidades individuales que no pueden ser resueltas a través de los medios y recursos metodológicos que habitualmente utiliza el docente para responder a las diferencias individuales de sus alumnos y que requieren para ser atendidas mediante ajustes, recursos o medidas pedagógicas distintas a las que requieren comúnmente la mayoría de los estudiantes (Duk, 2013). Para lograr lo anterior, la escuela ha de ofrecer una respuesta educativa, comprensiva, diversificada y proporcionar una estructura curricular común a todos los alumnos, incluidos aquellos que presentan NEE; también se requiere evitar la discriminación y desigualdad de oportunidades, así como considerar las diferencias individuales (Ibídem), lo antes citado implica que se produzcan progresivamente una serie de condiciones, que involucren a los padres de familia para lograr que la escuela regular asuma la responsabilidad de la educación para todos.

FUNDAMENTACIÓN METODOLÓGICA

El presente estudio es de tipo cualitativo, su abordaje se realizó desde la etnometodología dado el interés en las actividades cotidianas, en su ejecución y el contexto en el que éstas se dan (Flick, 2004). El método etnometodológico permitió omprnder las prácticas o los métodos empleados por los padres, en circunstancias específicas, para tratar de ayudar a sus hijos a integrarse a la dinámica escolar y alcanzar los aprendizajes esperados (Firth, 2010).

La investigación se llevó a cabo en dos escuelas primarias de Ciudad Obregón, Sonora. Para su elección se tomó en cuenta que fueran escuelas públicas y que contaran con el programa de USAER. Participaron dos padres y seis madres de familia elegidos conforme a los propósitos de la investigación mediante un muestreo selectivo, obteniendo sus nombres a partir de un informante clave y se empleó la entrevista abierta como técnica de recogida de información (Denzin & Lincoln, 2005). Dicha entrevista fue semiestructurada y se apoyó en una guía de entrevista que contenía tópicos y preguntas detonantes para promover el diálogo con el entrevistado y recuperar información valiosa para los fines de la investigación.

Para cuidar el anonimato se emplearon homoclaves: *P* de participante seguido de un *número* consecutivo y *p* o *m* según sea padre o madre de familia. Las entrevistas fueron grabadas en audio previa autorización del entrevistado con el compromiso de anonimato y confidencialidad.

La fase de trabajo de campo consistió en la aplicación de entrevistas de forma individual, las cuales fueron transcritas fielmente y revisadas en varias ocasiones hasta captar las ideas, palabras relevantes y significativas de acuerdo a los propósitos del estudio, para posteriormente dividir el contenido en unidades temáticas o de significación, los cuales según Márquez (2014) son párrafos que expresan una idea o concepto central (Núcleos duros de sentido).

Posteriormente se llevó cabo la categorización mediante una expresión del contenido de cada unidad temática, las cuales son tópicos que ayudan a organizar la información, misma que puede contener subcategorías que subdividen esos tópicos en microaspectos (Cisterna, 2005). Martínez (1998), menciona que la categorización es un proceso cognitivo para organizar información obtenida de la percepción de la realidad, que consiste en extraer de un texto segmentos de contenido o dimensiones, lo cual se logra mediante la familiarización con el contenido tras leerlo, verlo o escucharlo. Dicho momento se realizó tomando en cuenta las evidencias obtenidas y de acuerdo a la frecuencia de cada unidad de significación se denominó la categoría, la cual englobaba lo relacionado con esa temática. Al momento de organizar

los datos se identificó la categoría que más se vinculó entre las unidades temáticas, ello facilitó identificar el tema más recurrente en el relato del entrevistado.

Posteriormente, según la propuesta de Martínez (1998), se organizó la información por cada categoría identificando las expresiones de los participantes (evidencias o recortes de las entrevistas), las fuentes de información teórica (teorización) relacionada a la categoría y su correspondiente ejercicio de interpretación con lo cual los datos cobrarán sentido (interpretación). Por último, se llevó a cabo la redacción de los resultados entretejiendo evidencias, cuerpo teórico e interpretación, lo cual permitió derivar las conclusiones del estudio.

RESULTADOS

PRÁCTICAS DE PARTICIPACIÓN EN LA ESCUELA

En lo que refiere a las prácticas de participación en la escuela, el total de los padres y madres entrevistados dicen asistir a las reuniones o juntas cada vez que son citados. Entre los participantes, las prácticas de participación en la escuela hacen referencia a: “*asistir a las reuniones*” (P6p), “*mantenerse informada, enterarse de lo que pasa en la escuela*” (P2m, P4m y P8m), y “*acercamiento y comunicación constante con la maestra*” (P1m, P3p y P7m), así lo señalaron los entrevistados.

Se puede ver que los participantes utilizan prácticas similares al momento de involucrarse en la escuela, en las que hacen hincapié en el intercambio de información relevante sobre su hijo con el docente: “*Todos los días, yo la llevo y la recojo, entonces ahí aprovecho si veo a la maestra para preguntarle cómo va mi hija, si necesita más apoyo o si está avanzando bien en sus clases*” (P2m). Lo expresado anteriormente coincide con lo que señala otro padre de familia: “*Bueno, voy todos los días, pero ¿qué será? Cada 15 días más o menos, platico con la maestra, intercambiamos algunas ideas y ella me dice en qué parte del bimestre van o en qué proyectos están trabajando*” (P6p), y también agregó que, gracias a su experiencia docente, su relación con la maestra de su hija es muy estrecha y agregó que a pesar

de que la educación ha tenido grandes cambios, el trata de entender más las prácticas actuales con la intención de poder brindar apoyo a su hija. A esto, otra madre mencionó: *“siempre estoy en la mesa directiva, siempre he sido tesorera de cada grupo y también soy presidenta de prevención social [...] la comunicación es muy directa, si la maestra me tiene algo que comentar yo me pongo a la orden”* (P1m).

PRÁCTICAS DE PARTICIPACIÓN EN LA CASA

En este apartado se presentó una práctica invariable en todos los casos, la cual es el asegurarse que su hijo haga la tarea y supervisar su realización, los participantes comentaron que en ocasiones recurren al apoyo que brinda la tecnología y el acceso a la información cuando se presenta alguna duda: *“A veces le digo que lo busque en internet y a veces me acerco a apoyar, si veo que está muy difícil”* (P5m). Otra menciona:

Si le dejan una tarea de que tiene que leer, él lo lee acompañado de mamá. Y si no entiende algo, yo estoy ahí para ayudarle. Le busco ideas, pero ideas que él tenga propias, le pongo ejemplos [...] él hace su tarea solito, yo estoy enseguida de él porque se distrae pero yo estoy pendiente de que las haga y de firmarlas. Las tareas las firmo desde el primer año, es una forma de que el niño se dé cuenta que antes de echar su tarea a la mochila mamá la tiene que revisar (P1m).

Por otro lado, hubo participantes que coincidieron en brindar un apoyo más directo: *“Muchas veces se me dificulta a mí también ayudarla porque se distrae mucho, pero yo estoy ahí insistiéndole y apoyándola. Busco las tareas en Internet porque hay mucha información, entonces se me hacen más fáciles”* (P2m).

Otro padre de familia mencionó: *“Trato de apoyarla, mi hija mayor y yo somos las que ayudamos lo más que podemos, buscando información que necesita, cuando tiene una duda tratar de aclarársela e igual buscar como apoyarla”* (P4m). El tipo de apoyo brindado en la realización de tareas sigue siendo directo, quitándoles responsabilidades a los hijos sobre sus tareas escolares.

DISPOSICIÓN PARA PARTICIPAR

La participación requiere: disposición, espacios y conocimientos (Márquez, 2014). En el caso de esta investigación los participantes comentaron estar dispuestos a participar en las actividades tanto académicas como no académicas dentro de la institución educativa. Algunos participantes mencionaron, *“la verdad creo que participo lo suficiente, o al menos eso intento, me gusta siempre estar enterada de lo que pasa en la escuela por el bien de mi hija”* (P2m), *“brindar apoyo en la realización de actividades”* (P3p). Esto también se refleja en la narrativa de otra de las participantes:

Si la maestra me tiene algo que comentar, yo me pongo a la orden de la maestra, lo que se ofrezca, lo que ocupe de mis hijos, yo estoy a sus órdenes, entonces me nombran la tesorera [...] entonces hay una comunicación muy directa, les digo que vivo muy cerca y siempre me pongo a las ordenes por lo mismo, para mí, mis hijos son mi prioridad (P1m).

Otros participantes expresaron: *“dentro de lo que cabe puedo ayudar”* (P8m), o bien: *“no participo en las actividades escolares, pero como no hago nada, tengo tiempo”* (P5m). Es así que de las narrativas de los participantes se puede observar que la mayoría expresa tener disposición para asistir a la escuela de sus hijos y colaborar con las actividades escolares, mientras que una minoría menciona solo hace presencia en la escuela cuando es necesario.

IMPORTANCIA DE LA PARTICIPACIÓN

En el siguiente extracto de entrevista se muestra la importancia que un padre de familia le da a la participación parental:

Un niño que se deja al azar no tiene el mismo rendimiento ni el mismo interés que lo va a tener un niño o una niña que los estés motivando constantemente y que lo estés impulsando, que los estés apoyando para que realice sus actividades, para que vaya a la escuela. O sea, luego uno se da cuenta cuando un niño está siendo apoyado por sus padres y se nota rápidamente

o detectas a un niño que no está siendo apoyado por sus padres (P6p).

A esto, otra madre comentó “*si uno los apoya, ellos le echan más ganas*” (P8m). Asimismo, otra madre entrevistada mencionó “*Los niños se van haciendo más responsables y uno como mamá también, porque estás ahí al pendiente y ves cómo se va desempeñando tu hijo*” (P5m).

En lo que respecta a la colaboración familiar y la división de tareas entre padre y madre, hubo coincidencias en algunos entrevistados en cuanto al involucramiento del padre, tal como se expresó a continuación:

Mi esposo sí le ayuda a mi hijo en sus tareas escolares, pero ahorita no porque es algo muy leve, el niño llega y hace sus tareas, no necesita ayuda, claro tengo que estar sentada con él porque es un niño muy juguetón (P1m).

Otra participante comentó: “*Cuando no le entiendo a algo y ella tampoco, acudimos a él*” (P5m). A partir de estos comentarios se logra identificar que las madres cumplen un rol más relevante en cuanto a la educación de sus hijos, siendo ellas las principales encargadas de estar apoyando en las cuestiones escolares, estando los padres de segunda instancia, solo cuando se necesite de su ayuda. Sin embargo también se encontró coordinación entre ambas figuras parentales:

Cuando tiene que hacer la tarea su papá nunca lo deja de la mano [...] la mayoría de las veces es el papá el que siempre va a las reuniones pero una o dos veces por semana voy yo y me bajo, si no veo que estén ahí esperándome, me acerco a ver si hay algún reporte (P7m).

Se puede reconocer la importancia que los entrevistados otorgan a su participación y los beneficios que ésta tiene en sus hijos. Por último, me agrega un extracto de la narrativa en la que se destaca la importancia atribuida a la participación parental en la educación: “*existen cambios en el ámbito educativo que requieren de un vínculo de apoyo entre padres y maestros*” (P6p).

CONCLUSIONES

Las prácticas de participación de padres son acciones que permiten a los padres de familia involucrarse en las actividades escolares de sus hijos. Dichas prácticas son de suma importancia ya que se ven reflejadas en el desempeño escolar de los estudiantes. Se observó que existe diversidad de prácticas entre las que figuran: abordar dudas y solicitar orientación a los profesores para apoyar el trabajo en casa de los hijos, asistir a las reuniones y eventos como festivales, kermes o talleres para padres; sin embargo, lo más destacable fueron las prácticas de participación desde casa, tales como brindar apoyo y supervisión en la realización de tareas.

Por otro lado, a pesar de considerar como un deber participar en la escuela de sus hijos y mantener un contacto positivo con los maestros dentro y fuera de la escuela, y de reconocer la importancia e impacto de su participación en la educación de sus hijos, específicamente en su desempeño escolar, se encontró en algunos padres poca disposición, tiempo y conocimiento para participar. Asimismo, se corroboró que sigue recayendo en la madre atender los asuntos académicos de los hijos, ellas son quienes están al pendiente, el papá se ubica a la periferia, como soporte emergente cuando es necesario.

Para finalizar, el método empleado es considerado pertinente para los propósitos de este estudio porque permite identificar el contexto de participación (hogar vs escuela) y el área de aprendizaje (académico vs no académico) en las que los padres se involucran más en la educación de sus hijos (Navarro, 2002). Se encontró que los padres participan mayoritariamente en casa en acciones como supervisar y apoyar la realización de las tareas; en cuanto al área, los padres se involucran en el contexto escuela en actividades principalmente no académicas.

Estos hallazgos confirman la necesidad de generar espacios en donde los padres y madres de familia logren mayor protagonismo en las escuelas de sus hijos. Se sugiere profundizar en este fenómeno educativo acercándose a los padres de familia y conocer su postura ante la participación, e investigar hasta dónde les es posible y están dispuestos a

participar; este tipo de estudios serían útiles para generar estrategias que permitan y faciliten el acercamiento, sensibilización y el logro de una mayor colaboración entre la escuela y la familia, de tal suerte que los padres ganen posicionamiento como actores de transformación, que en colaboración con el resto de los actores educativos, alcancen mejores resultados académicos para respaldar un mejor desempeño en la vida futura de sus hijos.

REFERENCIAS

- Acevedo, B., Sánchez, F., Lorandi, M. & Almeida E. (2008). La Organización Comunitaria de la Participación Social en la Educación: Dos experiencias. En M. T. Galicia (Coord.), *Participación social en la educación: del análisis a las propuestas* (21-32). México: Observatorio Ciudadano de la Educación.
- Alcalay, L. Milicic, N., & Torretti, A. (2005). Alianza efectiva familia-escuela: Un programa audiovisual para padres [Versión electrónica], *Psyche*, 14 (2), 149-161.
- Arancibia, V., Herrera, P., & Strasser, K. (1999). *Manual de psicología educacional*. Chile: Universidad Católica de Chile.
- Arguedas, I. & Jiménez, F. (2007). Factores que promueven la permanencia de estudiantes en la educación secundaria. *Actualidades Investigativas en Educación*, 7 (3), 1-36.
- Bazán, A.; Sánchez, B., & Castañeda, S. (2007). Relación estructural entre apoyo familiar, nivel educativo de los padres, características del maestro y desempeño en lengua escrita. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 12 (33), 701-729.
- Bracho, T. & Martínez, A. (2006). *Transparencia, participación social y rendición de cuentas en el sistema educativo*. Observatorio Ciudadano de la Educación. Recuperado el 15 de diciembre de 2010, de <http://www.observatorio.org/pdf/DebateEspecialFUNDAR.pdf>
- Bolis, N. & Giacobbe, M. (2007). La configuración de proyectos en la adolescencia el decir de los padres. *Actualidades Investigativas en Educación*, 7 (2), 1-15.
- Brown, J. S., Collins, A., & Duguid, P. (1989). Situated cognition and the culture of learning. *Educational Researcher*, 18 (1), 32-42.
- Cebotarev, N. (2003). Familia, socialización y nueva paternidad [Versión electrónica], *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 1 (2), 1-19.
- Delgado, M.A. (2008a). Identidad cultural y participación social en el preescolar: Un estudio de caso en una comunidad Náhuatl de Puebla. En M. T. Galicia (Coord.), *Participación social en la educación: del análisis a las propuestas* (7-20). México: Observatorio Ciudadano de la Educación.
- Delgado, M.A. (Julio de 2008b). *Las participaciones sociales en la educación preescolar y desarrollo de competencias para la participación infantil: Cuatro estudios de caso*. Resumen. ACUDE Hacia una Cultura Democrática, A.C. Recuperado el 20 de mayo de 2011, de <http://www.acude.org.mx/biblioteca/participacion/participacion-social-resumen.pdf>

- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2005). *The Sage Handbook of Qualitative Research*. London, Inglaterra: Sage.
- Dolto, F. (2004). *La causa de los adolescentes*. Buenos Aires: Paidós.
- Duk, C. (2013). *El enfoque de educación inclusiva. Observatorio sobre la violencia y convivencia en la escuela*. Recuperado de <http://observatorioperu.com/2013/Mayo/Educacion%20Inclusiva%208.pdf>.
- Epstein, J. L. (2005). Results of the Partnership Schools-CSR model for student achievement over three years. *Elementary School Journal*, 106, 151-170.
- Epstein, J. Sander, M., Simon, S., Clark, S., Rodríguez, N. & Van, V. (2002). *School, Family, and Community Partnerships: Your Handbook for Action* (2da. ed.). California: Thousand Oaks, Corvin Press.
- Epstein, J. & Sheldon, S. (2007). *Moving Forward: Ideas for Research on School, Family, and Community Partnerships*. En Clifton, C. & Serlin, R. (Eds.). Handbook for research in education: Engaging ideas and enriching inquiry (pp. 117- 137). California: Sage Publications.
- Firth, A. (2010). Etnometodología. *Revista Discurso & Sociedad*, 4 (3), 597-614.
- Flamey, G. Gubbins, V. & Morales, F. (1999). Los centros de padres y apoderados: Nuevos actores en el control de la gestión escolar. *Cuadernos de Educación CIDE*, 4, 1-37.
- Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
- Frola, P. (2004). *Un niño especial en mi aula: hacia las escuelas incluyentes. Conceptos y actividades para niños y maestros*. México: Trillas.
- Funkhouse, J. E. & Gonzales, M. R. (1997). *Family Involvement in Children's Education. Successful Local Approaches*. Recuperado de <http://www2.ed.gov/pubs/FamInvolve/execsumm.html>
- Furstenberg, F. (2003). El cambio familiar estadounidense en el último tercio del siglo XX. En UNICEF – UDELAR (Coord.), *Nuevas formas de familia perspectivas nacionales e internacionales* (pp.11-36). Uruguay: UNICEF–UDELAR.
- Galván, M. E. (2008). La participación de la comunidad en asuntos escolares. En M. T. Galicia (Coord.), *Participación social en la educación: del análisis a las propuestas* (49-62). México: Observatorio Ciudadano de la Educación.
- García, I., Escalante, I., Escandón, M., Fernández, L., Mustri, A., & Puga, I. (2000). *La integración educativa en el aula regular*.

- Principios, finalidades y estrategias*. México: SEP/Fondo Mixto México- España.
- García, R. & Martínez, J. (2005). *La familia como mediador sociocultural en el bajo rendimiento académico de los adolescentes*. Sexto Congreso Internacional de Orientación Educativa. México: AMPO.
- Garreta, J. (2008). Escuela, familia de origen inmigrante y participación. *Revista de Educación*, 345, 133-155.
- González, D., Corral, V., Frías, M. & Miranda, J. (1998). Relaciones entre variables de apoyo familiar, esfuerzo académico y rendimiento escolar en estudiantes de secundaria: un modelo estructural. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 3 (1), 157-167.
- Guevara, G. (1996). La relación familia-escuela. *Revista Educación* 2001, 9, 6-13.
- Guzmán, E. & Del Campo, M. (2001). *Caracterización de la relación familia y escuela y sus implicaciones en la interacción pedagógica*. Educar nueva época.
- Huerta, E. (2010). Formas de participación parental en las escuelas secundarias mexicanas de altos y bajos resultados académicos. *Revista Iberoamericana de Educación*, 54, 167-185.
- Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación (2003). *La calidad de la Educación Básica en México. Primer informe anual*. México.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015). *Estadísticas a propósito del día internacional de las personas con discapacidad*. Recuperado de:
<http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/discapacidad0.pdf>
- Lalueza, J. L. & Crespo, I. (2003). Adolescencia y relaciones familiares. En A Perinat (coord.), *Los adolescentes en el siglo XXI* (pp. 115-140). Barcelona: UOC.
- Loera, V. A., Cázares, D. O. & García, H. E. (2005, mayo). *Cambios en la participación social de las escuelas primarias del Programa Escuelas de Calidad 2001-2004*. Heurística Educativa.
- Mares, A., & Lora, E. (2011). *Los Centros de Atención Múltiple: una mirada desde sus docentes*. Recuperado el 1 de octubre del 2016 de: http://www.comie.org.mx/congreso/memoriaelectronica/v11/docs/area_14/1305.pdf
- Márquez, L. (2014). *La participación social en la escuela secundaria pública. Los padres y madres de familia como actores sociales: un estudio de caso*. Tesis doctoral, Doctorado Interinstitucional en Educación. Puebla, México: UIA Puebla.

- Martínez, A. Bracho, T., & Martínez, O. (2007). *Los Consejos de Participación Social en la Educación y el Programa Escuelas de Calidad: ¿Mecanismos sociales para la rendición de cuentas?*. Observatorio Ciudadano de la Educación. Recuperado el 15 de diciembre de 2010, de <http://www.observatorio.org/pdf/PresentacionPREAL.pdf>
- Martínez, F. (2004). La educación, la investigación educativa y la psicología. En S. Castañeda (Ed.), *Educación, aprendizaje y cognición. Teoría en la práctica* (pp. 3-13). México: El Manual Moderno.
- Martínez, M. (1998). *La investigación cualitativa etnográfica en educación*: México Trillas.
- Martiniello, M. (1999). *Participación de los Padres en la Educación: Hacia una Taxonomía para América Latina*. Harvard University.
- Muñoz, C. (2008). Participación Social y Calidad de la Educación Básica. En M. T. Galicia (Coord.), *Participación social en la educación: del análisis a las propuestas* (79-83). México: Observatorio Ciudadano de la Educación.
- Muñoz, C. Márquez, A. Sandoval, A., & Sánchez, H. (2004). Factores externos e internos a las escuelas que influyen en el logro académico de los estudiantes de nivel primaria en México, 1998–2002. Análisis comparativo entre entidades con diferente nivel de desarrollo. Recuperado el 12 de septiembre de 2006, de http://www.inee.edu.mx/images/stories/Publicaciones/Reportes_investigacion/Factores_externos/Completo/factores_externos_completo.pdf.
- Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (2004). *Participación Familiar en la educación infantil latinoamericana*. Santiago de Chile: Oficina Regional para la Educación de América Latina y el Caribe-UNESCO.
- Navarro, G. (2002). *La participación de los padres en el proceso de enseñanza-aprendizaje de los hijos*. Tesis Doctoral no publicada, Universidad de Concepción en cooperación con Universidad de Estocolmo, Concepción, Chile.
- Navarro, G., Pérez, C., González, A., Mora, O. & Jiménez, J. (2005). Comportamiento Socialmente Responsable en Profesores y Facilitación de la Participación de los Apoderados en el Proceso Enseñanza-Aprendizaje [Versión electrónica], *Psykhé*, 14 (2), 43-54.
- Navarro, G., Pérez, C., Gonzalez, A., Mora, O., y & Jiménez, J. (2006). Características de los profesores y su facilitación de la participación de los apoderados en el proceso enseñan-

- za-aprendizaje. *Revista Interamericana de Psicología*, 40 (2), 205-212.
- Navarro, M. (2006). Las políticas actuales de la gestión y la equidad educativa. ¿Desarrollo o diferenciación? [Versión electrónica], *La Tarea*, 19.
- Oraisón M. & Pérez A. M. (2006). Escuela y participación: el difícil camino de la construcción de ciudadanía. *Revista Iberoamericana de Educación*, 42, 15-29.
- Perelló, F. (2006). El pluralismo de las formas familiares y la quiebra de las viejas adscripciones de género: Interdependencias y límites. *Arxius*, 15, 7-23
- Perinat, A. (2003). Adolescencia y relaciones familiares. En A. Perinat (coord.), *Los adolescentes en el siglo XXI* (pp. 115-140). Barcelona: UOC.
- Pino, M. & Rodríguez, B. (2007). La importancia de la participación de los padres en la enseñanza del inglés en Educación Infantil. *Didáctica*, 19, 187-207.
- Pitayanuwat, S., J. Reed (1994). Socioeconomic status as a major effects on math achievement, educational aspirations and future job expectations in Thailand. *International Journal of Educational Research* 21 (79): 713-721.
- Rodríguez, B. (2007). La importancia de la participación de los padres en la enseñanza del inglés en Educación Infantil. *Didáctica. Lengua y Literatura*, 19, 187-207.
- Secretaría de Educación Pública (1994). *Cuadernos de Integración Educativa*. México: Dirección de Educación Especial del Distrito Federal.
- Secretaría de Educación Pública (2016). *Educación Especial*. Recuperado el 30 de septiembre del 2016 de: https://www2.sep.gob.mx/que_hacemos/especial.jsp
- Schmelkes, S. I. (2008). La Participación Social en Educación: La Política Necesaria. En M. T. Galicia (Coord.), *Participación social en la educación: del análisis a las propuestas* (112-117). México: Observatorio Ciudadano de la Educación.
- Urías, M., Márquez, L., & Tapia, C. (2009). Participación de los padres de familia en dos escuelas secundarias de Ciudad Obregón Sonora. *Revista Educando para el Nuevo Milenio*, 15 (16), 291-296.
- Valdés, A. Martín, M. Sánchez, P. (2009). Participación de los padres de alumnos de educación primaria en las actividades académicas de sus hijos. *Revista electrónica de investigación educativa*, 11 (1). Recuperado de: <http://redie.uabc.mx/redie/article/view/229/782>

- Valdés, A. A., Pavón, M. M., & Sánchez, P. A. (2009). Participación de los padres de alumnos de educación primaria en las actividades académicas de sus hijos. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 11 (1). Recuperado el 18 de abril de 2010, de <http://redie.uabc.mx/vol11no1/contenido-valdes.html>
- Valdés, A., Urías, M., Montoya G., & Ortiz, L. (2009). La participación de los padres en la educación de sus hijos a nivel secundaria. En Chavez, R., Córdova, G. & Rodríguez, A. (Eds), *Respuestas de la Psicología ante las crisis sociales* (pp. 32-35). México: ITSON.
- Vélez, H., Linares, M. E., Martínez, A., & Delgado, M. A. (2008). Reflexiones y propuestas desde las experiencias de una organización social. En M. T. Galicia (Coord.), *Participación social en la educación: del análisis a las propuestas* (33-48). México: Observatorio Ciudadano de la Educación.
- Yuli, M. E., Sosa, D. E., & Araya, R. (2004). Escuelas experimentales autogestionadas. Participación de los padres. Estudio comparativo. *Fundamentos en Humanidades*, 5 (11), 99-130.

POTENCIAL DE APRENDIZAJE DE ALUMNOS EN CONTEXTOS VULNERABLES: COMUNIDAD YAQUI

Frannia Aglaé Ponce Zaragoza
María Teresa Fernández Nistal
Guadalupe de la Paz Ross Arguelles
Santa Magdalena Mercado Ibarra
Instituto Tecnológico de Sonora

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue comprobar si existen diferencias significativas en el potencial de aprendizaje (PA) según el rendimiento académico (RA) de los alumnos en comunidades indígenas. La muestra está formada por 46 alumnos (22 varones y 24 mujeres) de segundo de Primaria con una edad media de 7.4 años de edad ($DE = 0.38$) de tres centros escolares, ciclo escolar 2014-2015, situados en las comunidades yaquis que habitan en el sur de Sonora, México. Los resultados según el RA alto, medio y bajo en el EPA-2 fueron una puntuación media (desviación estándar) de 4.17 (4.44), 4.58 (3.31) y 4.33 (3.46), respectivamente. El grupo con un rendimiento académico medio obtuvo la mayor ganancia y el grupo con un rendimiento académico alto la menor. Sin embargo, un análisis de varianza univariante demostró que no existen diferencias significativas en las puntuaciones medias en el EPA-2 según el rendimiento académico, $F(2, 43) = .045$, $p = .956$. Estos resultados son consistentes con los de Calero et al. (2010) que encontraron con otras técnicas de PA que no existía una relación entre el rendimiento académico y el PA. Lo que sugiere la posibilidad de que los alumnos con un bajo rendimiento académico puedan desarrollar su potencial de aprendizaje y mejorar su desempeño académico tras un entrenamiento de larga duración.

Palabras clave: indígenas yaquis, potencial de aprendizaje, rendimiento académico

INTRODUCCIÓN

Según el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL, 2016), históricamente,

las comunidades indígenas en México se encuentran en una situación de rezago y desventaja social respecto del resto de la población. Los resultados de la medición de pobreza en México en 2014 (CONEVAL, 2016) indican que siete de cada diez indígenas vivían en pobreza, mientras que cuatro de cada diez no indígenas vivían en una situación similar. Según CONEVAL el porcentaje de población indígena vulnerable por carencias sociales registró una disminución entre 2012 y 2014 al pasar de 20.3% a 18.9% (sin embargo, esos cambios no fueron estadísticamente significativos). Este organismo menciona que algunos factores que pueden aumentar la vulnerabilidad son la marginación, exclusión y discriminación.

Una de las carencias sociales es el rezago educativo. Según el Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación (INEE; 2013) el Plan Nacional para la Evaluación de los Aprendizajes (PLANEA) tiene como propósito general conocer la medida en que los estudiantes logran el dominio de un conjunto de aprendizajes clave en diferentes momentos de la educación obligatoria. El informe de resultados PLANEA 2015 sitúa a la mayoría de los estudiantes indígenas en sexto de Primaria en un desempeño académico nivel I o de logro insuficiente (80% en Lenguaje y comunicación, y el 83.3% en Matemáticas), es decir, ocho de cada diez estudiantes no cuentan con los aprendizajes indispensables, para seguir aprendiendo (INEE, 2017). Este bajo rendimiento se refleja en otras comunidades indígenas a nivel internacional como menciona Wright, Taylor y Ruggiero (1996) en el caso de los niños inuit canadienses y los aborígenes australianos (Chaffey y Bailey, 2003).

Sin embargo, Haywood y Lidz (2007) mencionan que estas pruebas estandarizadas se utilizan para obtener información sobre lo que el estudiante ha aprendido, lo que puede y no puede hacer, y como el nivel de rendimiento del niño se compara con el de otros (es decir, un desarrollo mental retrospectivo). Este tipo de pruebas pueden subestimar las verdaderas aptitudes o habilidades de las minorías debido a: a) la falta de equivalencia cultural en las pruebas, b) los problemas socioculturales que enfrentan las poblaciones indígenas y c) las diferencias en la calidad de la educación (Calero,

2012; Tzuriel, 2013). Estos factores suelen ir asociados a un bajo rendimiento académico (RA; Chaffey y Bailey, 2003; Resing, Tunteler, Jong de y Bosma, 2009).

Una alternativa al enfoque de las pruebas estandarizadas es la evaluación del potencial de aprendizaje (PA). Este tipo de evaluación se basa en una metodología pretest-entrenamiento-postest con objetivo medir la capacidad de beneficiarse de modelos, pistas y ejemplos durante el desempeño de las tareas de aprendizaje, es decir, un desarrollo mental prospectivo (Calero, 2012; Kozulin, 2011; Tzuriel, 2013).

El origen de la evaluación del potencial de aprendizaje se basa en los conceptos de Zona de Desarrollo Próximo (ZDP) de Vigotsky (1978) y la Experiencia de Aprendizaje Mediada (EAM) de Feuerstein, Rand, y Hoffman (1979). La ZDP que consiste en la distancia entre el éxito obtenido por un individuo al resolver por sí mismo determinados problemas cognitivos (nivel cognitivo actual) y el éxito que puede obtener cuando es ayudado en tal menester por un adulto o niños más capaces que él (nivel cognitivo potencial). Según Feuerstein et al. (1979) en la EAM los estímulos emitidos por el entorno son transformados por un agente (mediador) que influye en la estructura cognitiva del niño, es decir, el rendimiento de un alumno puede mejorar mediante este proceso de mediación.

Algunos de los principales autores que desarrollaron y difundieron los procedimientos de evaluación del PA fueron: Feuerstein y Tzuriel (Feuerstein et al., 1979; Tzuriel, 2001) en Israel; Budoff (1972), Brown y French (1979) y Haywood y Lidz (2007) en Estados Unidos. Hessels (1997), Lidz y Van der Aalsvoort (2005) y Resing et al. (2009) en los Países Bajos; Wiedl (Wiedl, Mata, Waldorf y Calero, 2014; Wiedl, Schottke, y Calero, 2006) en Alemania; Skuy y colaboradores en Sudáfrica (Skuy, Gewer, Osrin, Khunbu, Fridjhon, y Rushton, 2001); Chaffey y Bailey (2003) en Australia y Fernández-Ballesteros et al. (2010) en España. La población a la que está dirigida este tipo de pruebas es aquella susceptible de mejorar, que está en desarrollo o en declive (Budoff, 1972; De Beer, 2006; Robles, 2007); también, según Moreno (2005) la evaluación del potencial de aprendizaje puede predecir el éxito educativo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los estudios que han relacionado el potencial de aprendizaje con el rendimiento académico han resultado contradictorios. Algunos estudios han encontrado que ambas variables están relacionadas (Hessels, 1997; Speece, Cooper y Kibler, 1990). Sin embargo, Calero, Carles, Mata y Navarro (2010) no encontraron diferencias en el PA en una muestra de niños con alto y bajo rendimiento escolar, resultados similares se reportaron en Australia (Chaffey y Bailey, 2003).

Los resultados de la presente investigación están integrados en un estudio más amplio, donde se administró como parte del procedimiento el test Evaluación del Potencial de Aprendizaje-2 (EPA-2; Fernández-Ballesteros et al., 2010).

La revisión bibliográfica de la literatura científica sobre el PA en las principales bases de datos (Scopus, Web of Science, EBSCO, Redalyc) reveló que no existen estudios sobre el potencial de aprendizaje en comunidades indígenas en México. En este contexto el objetivo de este estudio fue comprobar si existen diferencias significativas en el PA según el rendimiento académico (RA) de los alumnos.

MÉTODO

Para la obtención de los datos y su análisis se utilizó una metodología cuantitativa, transeccional con alcance correlacional (Cohen y Manion, 1990) debido a que la obtención de datos se realizó en un momento dado y se pretende describir la relación entre el rendimiento académico y el potencial de aprendizaje.

PARTICIPANTES

En el estudio participaron 46 alumnos de 2 de Primaria de tres centros escolares del ciclo escolar 2014-2015, situados en las comunidades yaquis que habitan en el sur de Sonora, México. De la muestra, 22 (47.8%) fueron varones y 24 (52.2%) mujeres con una media de edad de 7.4 años (con el mínimo y máximo de 6.8-8.7 años de edad). El tipo de muestreo utilizado fue no probabilístico debido a que la muestra fue proporcionada por la Unidad de Servicios de Apoyo a la Educación Regular (USAER).

CONTEXTO DE LA POBLACIÓN

La lengua materna de la comunidad yaqui descende de la familia yuto-azteca grupo pimano, de la subdivisión cahita (Fabila, 1978). Actualmente, se encuentran viviendo en dos países, México y Estados Unidos. Según el Censo de Población y Vivienda 2010 (INEGI, 2011) en las comunidades yaquis habitan 31,802 personas principalmente en lo que se conoce como Territorio Tradicional Yaqui distribuido en ocho pueblos en el sur de Sonora, México donde en cada pueblo está gobernado por autoridades tradicionales. Aproximadamente 8,000 yoemes (como se autodenominan) viven también en Arizona, Estados Unidos (Lerma, 2014).

Los yaquis viven en vecindad, esto es, una agrupación de parientes que cohabitan en un conjunto delimitado de una o dos casas. El sistema de las relaciones sociales de la tribu se basa en la familia, donde predomina la extensa. En un mismo terreno puede haber una o más viviendas, donde viven hijos o hermanos que se van casando, formando a la vez una familia nuclear.

Las actividades económicas dentro de la tribu yaqui son variadas, destacando la agricultura, la ganadería y la pesca. Los indicadores de bienestar social presentan limitaciones, particularmente en educación, salud, infraestructura y grado de industrialización (Lerma, 2014). Con respecto a la educación, la Secretaría de la Educación y Cultura (2013) menciona que en la región yaqui se ofrece la educación: básica, media superior y superior.

MATERIALES

El RA fue proporcionado por los maestros y consiste en el promedio general obtenido en las diferentes asignaturas; se representa por un valor cuantitativo que va de 0 a 10. Se clasificó en tres categorías (alto, medio y bajo) utilizando la media y la desviación estándar obtenida en esta variable en el grupo de alumnos. De esta manera, el rendimiento académico alto se consideró a partir de 9.8, el rendimiento medio de 8.1 a 9.7 y el rendimiento bajo de 0 a 8.0. La distribución de los alumnos según el RA consistió en: 6 (13.0%) alto, 31 (67.4%) medio y 9 (19.6%) bajo.

Se utilizó para evaluar el PA el test de Evaluación del Potencial de Aprendizaje-2 (EPA-2; Fernández-Ballesteros et al., 2010) siguiendo el formato de aplicación pretest-entrenamiento-postest. Este instrumento evalúa la posibilidad de que una persona de 5 a 14 años, con o sin déficit intelectual o problemas de aprendizaje, y ancianos con o sin deterioro cognitivo se beneficie de un entrenamiento de larga duración en habilidades intelectuales o estrategias cognitivas, es decir, el potencial de aprendizaje. El test se puede aplicar individual o de forma colectiva (pequeños grupos). El EPA-2 consta de una serie de problemas matriciales y de un entrenamiento reglado sobre cómo enseñar las estrategias que los distintos problemas requieren para su correcta resolución. Exige también la aplicación-antes y después de efectuar el entrenamiento-de los test de Matrices Progresivas de Raven, Escala Coloreada (MPC) o Escala general (Raven et al., 1993), según edad o nivel intelectual del individuo.

Para garantizar el valor del índice de PA establecido por la diferencia post-test – pre-test, se utilizaron criterios tipológicos en el EPA-2. Según Calero (2012) estos criterios corresponden a tres grupos: a) Altos puntuadores (son niños con una puntuación mayor a 33 en el pre-test, lo que impide ganancias significativas en el post-test por estar próximos al techo de la prueba), b) ganadores (niños con una mejora significativa del pre al post) y c) no ganadores (niños que muestran ganancias no significativas del pre al post). Se consideró un punto de corte de 6 puntos como criterio de ganancia diferencial entre alumnos “ganadores” o “no ganadores” (Fernández-Ballesteros et al., 2010). Aplicando estos criterios, no se encontraron alumnos “alto puntuadores.”

PROCEDIMIENTO

Se acudió a tres centros de educación básica a través de la colaboración de la Unidad de Servicios de Apoyo a la Educación Regular (USAER) para solicitar la autorización y explicar el objetivo, la utilidad y beneficios de la investigación para la población. La aplicación del instrumento se llevó a cabo siguiendo las instrucciones del manual. El estudio cumplió con las normas éticas para la investigación con seres humanos de la Asociación Americana de Psicología

(autorización institucional, confidencialidad, consentimiento informado y asentimiento del alumno). Se prescindió del consentimiento informado de los padres con base en las normas 8.05 (prescendencia del consentimiento informado para investigación) y 9.03 (consentimiento informado en evaluaciones) de este código (American Psychological Association, 2010), puesto que la aplicación del EPA-2 se integró dentro de las actividades propias de USAER.

RESULTADOS

En la tabla 1 se presentan las puntuaciones en el pre-test y el post-test del MPC, y la puntuación directa de ganancia en el EPA-2 de la comunidad yaqui, según el rendimiento académico. En relación con la puntuación directa de ganancia, el grupo con un rendimiento académico medio obtuvo la mayor ganancia (4.58) y el grupo con un rendimiento académico alto la menor ganancia (4.17). Sin embargo, un análisis de varianza univariante demostró que no existen diferencias significativas en las medias del PDG según el rendimiento académico, $F(2, 46) = .045, p = .956$.

Tabla 8
Puntuaciones en el pre-test y el post-test del MPC, y puntuación directa de ganancia(PDG) del EPA-2 según el rendimiento académico

Rendimiento académico	Pre-test		Post-test		PDG	
	M	SD	M	SD	M	SD
Alto	21.17	4.35	25.33	4.80	4.17	4.44
Medio	16.13	3.62	20.71	4.53	4.58	3.31
Bajo	15.44	2.74	19.78	1.56	4.33	3.46
Total	16.65	3.92	21.13	4.42	4.48	3.41

En la figura 1 se presentan las puntuaciones medias en el pre-test y el post-test según el rendimiento académico. Como se puede observar en el pre-test, los alumnos con una mayor puntuación en el MPC fueron los de rendimiento académico alto, seguido por los alumnos con un rendimiento académico medio y finalmente por el rendimiento académico bajo. En el post-test del MPC, se puede observar un aumento proporcional en todas las puntuaciones en el MPC según el rendimiento académico.

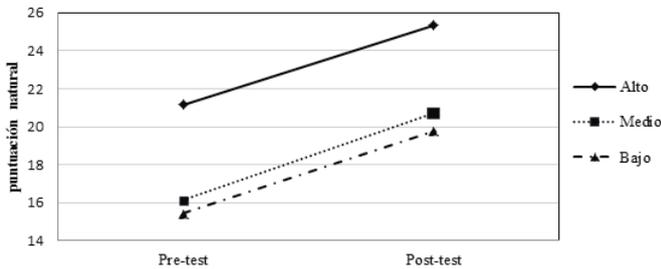


Figura 1.

Medias de las puntuaciones (naturales) en el pre-test y post-test del MPC según el rendimiento académico en alumnos yaquis.

En la tabla 2 se puede observar la distribución de alumnos ganadores y no ganadores en el MPC según el rendimiento académico. Los resultados indican, a través de la Chi cuadrada, que no existen diferencias significativas en la distribución de “ganadores” y “no ganadores” en el rendimiento académico alto y bajo ($\chi^2 = (1, N = 46) = 2.1016, p > 0.05$). (Para cumplir la condición de la prueba Chi cuadrada de que todas las casillas tengan una frecuencia esperada ≥ 5 , se clasificó el rendimiento académico en dos categorías: alto y bajo.)

Tabla 2

Distribución de alumnos ganadores y no ganadores (porcentaje en paréntesis) en el MPC según el rendimiento académico

Rendimiento académico	Ganadores	No ganadores	Total
Alto	8 (40)	16 (61.5)	24 (52.2)
Bajo	12 (60)	10 (38.5)	22 (47.8)
Total	20 (100)	26 (100)	46 (100)

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Estos resultados son consistentes con los de Calero et al. (2010) y con los de Chaffey y Bailey (2003) que encontraron con otras técnicas de PA (ACFS: Application of Cognitive Functions Scale y LPAD: Learning Potential Assessment Device, respectivamente) que no existía una relación entre el rendimiento académico y el PA. Lo que sugiere la posibilidad de que los alumnos con un bajo rendimiento académico puedan desarrollar su potencial de aprendizaje y mejorar su desempeño académico tras un entrenamiento de larga duración. Sin embargo, difieren de los estudios de Hessels (1997)

y Speece et al. (1990), que encontraron que el rendimiento académico se relacionaba con las ganancias en las técnicas de evaluación del potencial de aprendizaje que utilizaron.

Las limitaciones del presente estudio fueron, en primer lugar, que la muestra no es representativa de la población de alumnos yaquis de segundo grado de Primaria. En segundo lugar, para obtener datos concluyentes es necesario nuevas investigaciones con diseños que controlen el RA.

Por último, en este trabajo se comprueba la utilidad evaluar el potencial de aprendizaje en esta etapa educativa, frente a métodos tradicionales de evaluación debido a que permite orientar el proceso de toma de decisiones sobre el tipo de intervención educativa más adecuada para favorecer el desarrollo personal y escolar de niños de comunidades yaquis. Una evaluación alternativa a los test estandarizados beneficia la calidad de la práctica de la evaluación psicológica.

REFERENCIAS

- American Psychological Association. (2010). Principios éticos de los psicólogos y código de conducta. Recuperado de http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite_etica/Codigo_APA.pdf
- Brown, A. L. y French, L. A. (1979). The zone of potential development: implications for intelligence testing in the year 2000. *Intelligence*, 3(3), 255-273. doi:10.1016/0160-2896(79)90021-7
- Budoff, M. (1972). Measuring learning potential: an alternative to the traditional intelligence test. *Studies in Learning Potential*, 3(39), 1-36.
- Calero, M. D. (2012). *Evaluación del potencial de aprendizaje: Fundamentos y aplicaciones*. Madrid, España: EOS.
- Calero, M. D., Carles, R., Mata, S. y Navarro, E. (2010). Diferencias en habilidades y conducta entre grupos de preescolares de alto y bajo rendimiento escolar. *Revista Electrónica de Investigación y Evaluación Educativa*, 16(2), 1-17. Recuperado de http://www.uv.es/RELIEVE/v16n2/RELIEVEv16n2_5.htm
- Chaffey, G. W. y Bailey, S.B. (2003). The use of dynamic testing to reveal high academic potential and underachievement in a culturally different population. *Gifted Education International*, 18(1), 124-138. doi: 10.1177/026142940301800203
- Cohen, L. y Manion, L. (1990). *Método de investigación educativa* (Trad. F. Agudo). Madrid, España: La Muralla.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2016). *Informe de pobreza en México 2014*. México: Autor.
- De Beer, M. (2006). Dynamic testing: Practical solutions to some concerns. *Journal of Industrial Psychology*, 32(4), 8-14. doi: 10.4102/sajip.v32i4.245
- Fabila, A. (1978). *Las tribus yaquis de sonora: su cultura y anhelada autodeterminación*. México: Instituto Nacional Indigenista.
- Fernández-Ballesteros, R., Calero, M. D., Campplonch, J. y Belchí, J. (2010). *EPA-2: Evaluación del potencial de aprendizaje-2* (5ª ed. rev.). Madrid, España: TEA.
- Feuerstein, R., Rand, Y. y Hoffman, M. (1979). *The dynamic assessment of retarded performers: The learning potential assessment device, theory, instruments, and techniques*. Baltimore, Estados Unidos: University Park Press.
- Hessels, M. (1997). Low IQ but high learning potential: Why Zeyneb and Moussa do not belong in special education. *Educational and Child Psychology*, 14, 121-136.
- INEGI. (2011). *XIII Censo de Población y Vivienda 2010: Resultados definitivos*. Recuperado de www.inegi.org.mx

- Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación. (2013). Plan Nacional para la Evaluación de los Aprendizajes. Recuperado de <http://www.inee.edu.mx/index.php/planea>
- Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación. (2017). *Directrices para mejorar la atención educativa de niñas, niños y adolescentes indígenas*. México: Autor.
- Kozulin, A. (2011). Learning potential and cognitive modifiability. *Assessment in Education: Principles, Policy & Practice*, 18(2), 169–181. doi:10.1080/0969594x.2010.526586
- Lerma, E. (2014). Algunas consideraciones sobre investigación etnográfica en la tribu yaqui. *Culturales*, 2(2), 41-62. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/694/69432742002.pdf>
- Lidz, C. S. y Van der Aalsvoort, G. M. (2005). Usefulness of the Application of Cognitive Functions Scale with young children from the Netherlands. *Transylvanian Journal of Psychology*, 1, 82-99. Recuperado de http://www.daffodilproject.org/userfolders/b49f3bcb172d965a423df129a2fd0f3f/5_carol_s_lidz_geerdina.pdf
- Moreno, C. (2005). *Evaluación psicológica: concepto, proceso y aplicación en las áreas del desarrollo y de la inteligencia*. Madrid, España: Sanz y Torres.
- Resing, W. C. M., Tunteler, E., Jong de, F. M. y Bosma, T. (2009). Dynamic testing in indigenous and ethnic minority children. *Learning and Individual Differences*, 19(4), 445-450. doi:10.1016/j.lindif.2009.03.006
- Robles, M. (2007). *Utilidad de Escala ACFS para población preescolar con Síndrome de Down* (Tesis doctoral, Universidad de Granada, Granada, España). Recuperado de <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/1579/1/16736060.pdf>
- Skuy, M., Gewer, A., Osrin, Y., Khunbu, D., Fridjhon, P. y Rushton, P. (2001). Effects of mediated learning experience on Raven's matrices scores of African and non-African university students in South Africa. *Intelligence*, 30, 221-232. doi:10.1016/S0160-2896(01)00085-X
- Speece, D., Cooper, D. y Kibler, J. (1990). Dynamic assessment, individual differences, and academic achievement. *Learning and Individual Differences*, 2(1). doi:10.1016/1041-6080(90)90019-D
- Tzuriel, D. (2001). *Dynamic assessment of young children*. New York, Estados Unidos: Plenum.
- Tzuriel, D. (2013). Dynamic assessment of learning potential. En M. Mok (Ed.), *Education in the Asia-Pacific Region: Issues, Concerns and Prospect: Vol. 18. Self-directed Learn-*

- ing Oriented Assessments in the Asia-Pacific.* (pp. 235-255). doi:10.1007/978-94-007-4507-0_13
- Vygotsky, L. (1978). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Barcelona, España: Grijalbo.
- Wiedl, K. H., Schottke, H. y Calero, M. D. (2006). Dynamic assessment of cognitive rehabilitation potential in Schizophrenic persons and in elderly persons with and without dementia. *European Journal of Psychological Assessment, 17*, 112-119. doi:10.1027//1015-5759.17.2.112
- Wiedl, K. H., Mata, S., Waldorf, M. y Calero, M. D. (2014). Dynamic testing with native and migrant preschool children in Germany and Spain, using the Application of Cognitive and Functions Scales. *Learning and Individual Differences, 35*, 34-40. doi:10.1016/j.lindif.2014.07.003
- Wright, S. C., Taylor, D. M. y Ruggiero, K. M. (1996). Examining the potential for academic achievement among Inuit children: comparisons on the Raven Coloured Progressive Matrices. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 27*(6), 733-753. doi:1

RETOS EN LA FORMACIÓN DOCENTE EN EDUCACIÓN INCLUSIVA DE ESTUDIANTES NORMALISTAS

Dora Yolanda Ramos Estrada ¹

Luisa Dolores Murillo Parra ¹

Mirsha Alicia Sotelo Castillo ¹

Juan Oswaldo Martínez Sulvarán ²

Instituto Tecnológico de Sonora ¹

Universidad Autónoma de Tamaulipas ²

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo fue identificar la relación entre los sentimientos, actitudes y preocupaciones hacia la educación inclusiva y la autoeficacia para identificar las necesidades en la formación docente en estudiantes normalistas. Participaron 100 estudiantes de sexto semestre de una Escuela Normal del Sur de Sonora. El instrumento utilizado fue la Escala de Sentimientos, Actitudes y Preocupaciones acerca de la Educación Inclusiva (SACIE) de Loreman, Sharma, Earle y Forlin (2007) y la Escala de Autoeficacia para implementar prácticas inclusivas de Sharma, Loreman y Forlin (2011). Los resultados obtenidos muestran que los estudiantes presentan una actitud positiva hacia la educación inclusiva, las preocupaciones están relacionadas con la aceptación de los alumnos con discapacidad en clase y no se presentaron sentimientos negativos. En relación a la autoeficacia se presentaron puntuaciones altas, lo que indica que los estudiantes presentan una autoeficacia favorable.

Palabras clave: escuelas normales, formación docente, educación inclusiva,

INTRODUCCIÓN

En el documento *Educación para Todos* se encuentran temas como la igualdad de oportunidades, la equidad y la calidad educativa lo cual implica el asegurar el acceso, la permanencia, la calidad de los aprendizajes y la participación de los estudiantes en los procesos educativos (UNESCO, 2000).

En América Latina se ha trabajado en reformas para lograr el acceso a la educación básica y el mejoramiento de la calidad, sin embargo aún persisten retos relacionados con la calidad educativa y con brindar igualdad de oportunidades para todos (Blanco, 2006).

La escuela necesita garantizar una educación de calidad a amplios sectores de la población, así como también el formar docentes que puedan contribuir en el desarrollo de las capacidades de los estudiantes desde una perspectiva de equidad y calidad en una institución educativa inclusiva (Calvo, 2013).

En los últimos años el concepto de inclusión ha estado presente en el contexto escolar en el cual se plantea como un reto el realizar prácticas educativas accesibles a todas las personas atendiendo a la diversidad de los estudiantes. El concepto de inclusión estuvo inicialmente focalizado hacia los estudiantes con discapacidad, sin embargo, se amplía y se constituye para responder a la diversidad en el contexto educacional considerando género, etnia, condiciones culturales, sociales, lenguaje, entre otros (Infante, 2010).

En México, la Escuela Normal ha sido la institución encargada de la formación docente para el nivel de la educación básica. Navarrete (2015) menciona que los enfoques de formación y las perspectivas teóricas han ido cambiando en relación a los procesos históricos, políticos y económicos que se han dado en el país.

Ante los cambios en la sociedad, el sistema educativo mexicano ha planteado una reforma de la cual se ha derivado un nuevo modelo educativo que articula los componentes del sistema desde la gestión hasta el planteamiento curricular y pedagógico. En el informe ejecutivo del modelo se mencionan los aspectos del planteamiento curricular, la escuela al centro del sistema, la formación y desarrollo del profesional docente, la inclusión y equidad, así como la participación de los distintos actores y sectores de la sociedad en el proceso educativo (Secretaría Educación Pública [SEP], 2017).

El nuevo modelo educativo presenta un enfoque humanista, de igualdad y equidad que busca el logro y desarrollo

del potencial de todos los estudiantes. En este sentido, se está considerando la diversidad de los estudiantes y su contexto. Los principios de equidad e inclusión son ejes transversales en este nuevo modelo, de tal forma que se requieren cambios para favorecer en los ambientes escolares las condiciones óptimas, así como métodos pedagógicos que favorezcan el aprendizaje (SEP, 2017).

Vezub (2007) considera que dentro de las acciones que apoyan la formación docente se encuentra la de implementar políticas que posibiliten su desarrollo profesional, la mejora de sus condiciones para complementar su tarea, así como la revisión del proceso formativo ante los nuevos escenarios sociales y culturales. La autora menciona la importancia de contar con un diagnóstico previo de las necesidades de desarrollo profesional a partir del análisis de las áreas relacionadas con las nuevas demandas para la formación docente, lo cual coincide con Flores, García y Romero (2017), quienes mencionan que para mejorar la calidad educativa y garantizar una educación inclusiva que atienda la diversidad es necesario que se identifiquen las necesidades de los estudiantes para mejorar su experiencia educativa.

Romero, García y Lomelí (2013) señalan la importancia de la formación docente para promover la inclusión, además de que los programas deben proporcionar conocimientos y fomentar el compromiso hacia las prácticas inclusivas. Otro aspecto importante de considerar es la dimensión afectiva dentro de los programas de formación docente, Badia (2016) menciona la escasez de propuestas de modelos y métodos de formación de profesorado que la consideren o forme parte del temario de la formación.

Correia (2014) destaca que la acción de un profesor es fundamental en la escuela y presenta los resultados de su investigación en la cual explora las percepciones de los profesores con relación a su trabajo en el aula. El autor utilizó la escala de Actitudes, Sentimientos y Preocupaciones acerca de la Educación Inclusiva (SACIE) y la escala de Autoeficacia para implementar prácticas inclusivas. En su trabajo concluye que existen relaciones significativas entre las competencias docentes y sus sentimientos, actitudes, preocupaciones y las percepciones de autoeficacia de los profesores.

Por lo anterior, en el presente trabajo se tiene como objetivo identificar las actitudes, sentimientos y preocupaciones de estudiantes normalistas y la autoeficacia hacia la práctica docente en el contexto de la educación inclusiva para generar información que contribuyan en su formación.

MÉTODO

El estudio corresponde a un diseño descriptivo transversal con enfoque cuantitativo. A continuación se presenta la descripción de los participantes, el instrumento utilizado y el procedimiento que se llevó a cabo.

PARTICIPANTES

En el presente trabajo participaron un total de 100 estudiantes de sexto semestre de la Escuela Normal Superior de Hermosillo, subsede Cd. Obregón, Sonora. El 79% fue de sexo femenino y el 21% de sexo masculino. La edad promedio fluctuó entre los 18 y 22 años. La selección de los participantes se llevó a cabo de manera intencional.

INSTRUMENTOS

En la aplicación de los instrumentos, inicialmente se solicitó información a los estudiantes sobre los datos socio-demográficos, así como también se realizaron una serie de preguntas que exploran la relación con personas con discapacidad, el conocimiento sobre la legislación o políticas locales aplicables a niños con discapacidad, así como su experiencia trabajando con los alumnos.

El primer instrumento que se utilizó fue la *Escala de Sentimientos, Actitudes y Preocupaciones acerca de la Educación Inclusiva* (SACIE) de Loreman, Sharma y Forlin (2007). Es una escala tipo Likert de cuatro opciones de respuesta, que mide los constructos de sentimientos, actitudes y preocupaciones acerca del involucramiento con personas con discapacidad de los profesores en servicio o en pre-carrera. El índice de confiabilidad de alpha de Cronbach para la escala total fue de .56 y para las escalas: *sentimientos* .53, *actitudes* .70 y *preocupaciones* .37, indicando niveles aceptables, con excepción de las *preocupaciones* la cual es baja (George y Mallery, 2003).

El segundo instrumento utilizado fue la *Escala de Autoeficacia para implementar prácticas inclusivas* de Sharma, Loreman y Forlin (2011). Es una escala tipo Likert de seis opciones de respuesta, que identifica las percepciones de autoeficacia para llevar a cabo la educación inclusiva. Está conformada por tres dimensiones: 1) eficacia para dar instrucciones inclusivas; 2) eficacia en la colaboración; 3) eficacia en el manejo del comportamiento. Los valores de alfa de Cronbach fueron: *escala total* .88, *eficacia para dar instrucciones inclusivas*.77, *eficacia en la colaboración* .70 y *eficacia en el manejo del comportamiento* .72 indicando valores buenos de confiabilidad (George y Mallery, 2003).

PROCEDIMIENTO

Se asistió a la Escuela Normal, en la cual se solicitó autorización para desarrollar el trabajo. Una vez que se contó con la autorización, se asistió a las aulas y se invitó a los estudiantes a participar y contestar los instrumentos mencionados, asegurando la confidencialidad de la información mediante el consentimiento informado de manera verbal. La aplicación del instrumento fue de 20 a 30 minutos. Una vez recolectados los datos se realizó la captura de la información y el análisis de los datos en el programa SPSS versión 21.

RESULTADOS

EXPERIENCIA Y FORMACIÓN DE LOS ESTUDIANTES NORMALISTAS

Los resultados referidos a los datos sociodemográficos, de relación con personas con discapacidad y conocimiento sobre la legislación o políticas locales aplicables a niños con discapacidad muestran que el 2% de los estudiantes normalistas estudia para ser maestro de primaria y el 98% maestro de nivel secundaria. El 90% menciona no presentar ninguna discapacidad y solamente el 10% reporta dificultad en la visión con la necesidad de utilizar lentes de aumento. El 73% de los estudiantes ha tenido una interacción considerable con una persona con discapacidad, mientras que el 27% no ha tenido una interacción con alguna persona durante su formación para maestro.

Respecto al nivel de conocimiento sobre la legislación o las políticas locales que se aplican a niños con discapacidad, el 45% de los estudiantes mencionó que su nivel era *nulo/pobre* y solo el 11% que era *bueno/muy bueno*. La experiencia de los estudiantes para enseñar a niños con discapacidad es *baja* con un 65% y solamente el 6% de los estudiantes mencionó que su experiencia es *bueno*. En relación al nivel de entrenamiento de los estudiantes en la enseñanza de niños con discapacidad, el 52% de los alumnos mencionó que su entrenamiento o práctica hacia el alumnado con discapacidad es menor a 40 horas, el 34% mencionó ser nulo y el 14% consideró que están bien preparados. Respecto al nivel de confianza de los estudiantes normalistas para la enseñanza de niños con discapacidad, el 36% del alumnado consideró que su nivel es *bajo/muy bajo* y el 23% indicó que era *bueno/muy bueno*.

VALORACIÓN DE SENTIMIENTOS, ACTITUDES Y PREOCUPACIONES

Respecto a la valoración de los sentimientos, la redacción de los reactivos se configuró de forma negativa, por lo tanto, según los resultados se destacan medias bajas, lo que indica que nunca o casi nunca presentan este tipo de sentimientos. El reactivo que obtuvo la media más alta fue: *me aterroriza pensar, que yo pudiera, en un futuro, tener alguna discapacidad* (M=2.68) (ver tabla 1).

Tabla 1
Medias de sentimientos hacia la educación inclusiva

Reactivos	M	DS
Me aterroriza pensar, que yo pudiera, en un futuro, tener alguna discapacidad.	2.68	1.04
Me sentiría terriblemente mal si tuviera una discapacidad.	2.15	.96
Encuentro difícil sobreponerme al impacto inicial negativo cuando estoy con una persona con discapacidad física.	1.96	.94
Tiendo a hacer que mis contactos con las personas con discapacidad sean breves y los termino tan pronto como puedo.	1.95	.88
Me da miedo ver directamente a la cara a una persona con discapacidad.	1.55	.85

Respecto a las actitudes, de manera general se presentó una media de 2.7, lo que indica que los estudiantes muestran una postura favorable hacia la inclusión educativa. Los reactivos con las medias más altas, de 2.82 y 2.89, fueron: *los estudiantes que necesitan un programa académico individualizado deben estar en un salón regular* y *los estudiantes que tienen dificultades para expresar sus pensamientos verbalmente deberían estar en salones regulares*, respectivamente (ver tabla 2).

Tabla 2
Medias de actitudes hacia la educación inclusiva

Reactivos	M	DS
Los estudiantes que tienen dificultades para expresar sus pensamientos verbalmente deberían estar en salones regulares.	2.89	1.01
Los estudiantes que necesitan un programa académico individualizado deben estar en un salón regular.	2.82	.85
Los estudiantes con problemas de atención deben estar en un salón regular.	2.68	1.00
Los estudiantes que necesitan de tecnología para comunicarse (por ejemplo Braille/lengua de señas) deben estar en un salón regular.	2.62	1.03
Los estudiantes que frecuentemente fracasan en los exámenes deben estar en un salón regular.	2.46	1.13

En relación a las preocupaciones, a los participantes les preocupa que *los estudiantes con discapacidad no vayan a ser aceptados por el resto de sus compañeros* (M= 3.47), siendo ésta su más alta preocupación dentro del aula; además les preocupa que se les dificulte proporcionar atención apropiada a todos los estudiantes (M=3.02) así como no contar con los conocimientos para poder estar con un alumno con discapacidad (M=2.89). Respecto a las medias bajas, se destacó que los estudiantes consideran no estresarse si tienen alumnos con discapacidad en su grupo (M=1.93) o que aumenten su carga de trabajo (M=2.10) (ver tabla 3).

Tabla 3
Medias de preocupaciones hacia la educación inclusiva

Reactivos	M	DS
Me preocupa que los estudiantes con discapacidad no vayan a ser aceptados por el resto de sus compañeros.	3.47	.88
Me preocupa que me resulte difícil proporcionar atención apropiada a todos los estudiantes en un salón integrador.	3.02	.95
Me preocupa que no tengo los conocimientos ni las habilidades requeridas para enseñar a los estudiantes con discapacidad.	2.89	1.02
Temo que los estudiantes con discapacidad en mi grupo aumenten considerablemente mi carga de trabajo.	2.10	.88
Temo que me estresaría mucho tener alumnos con discapacidad en mi grupo.	1.93	.86

VALORACIÓN DE LA AUTOEFICACIA HACIA LA EDUCACIÓN INCLUSIVA

Respecto a la valoración de la autoeficacia para implementar prácticas inclusivas, los estudiantes obtuvieron una media general de 4.81 (DS=.62) lo que indica que en su mayoría están de acuerdo con las afirmaciones indicando una autoeficacia favorable hacia la educación inclusiva. En la primera dimensión *eficacia para dar instrucciones inclusivas*, la media más alta fue de 5.19 indicando que los estudiantes normalistas tienen confianza en su habilidad para hacer que los estudiantes trabajen en grupos (ver tabla 4).

Tabla 4
Medias de la dimensión eficacia para dar instrucciones inclusivas

Reactivos	M	DS
Tengo confianza en mi habilidad para hacer que los estudiantes trabajen en parejas o en pequeños grupos.	5.19	.90

Tabla 4 (continuación).
Medias de la dimensión eficacia para dar instrucciones inclusivas

Reactivos	M	DS
Soy capaz de proporcionar una explicación o ejemplo alternativo cuando los estudiantes están confundidos.	5.08	.99
Puedo usar una variedad de estrategias de evaluación (por ejemplo evaluación de portafolios, pruebas modificadas, evaluación basada en el rendimiento, etc.).	5.05	1.13
Puedo percatarme con seguridad de la comprensión que tienen los alumnos de lo que les enseño.	4.95	.95
Puedo proporcionar los retos que necesitan los estudiantes muy capaces	4.90	.89
Tengo confianza en diseñar tareas de aprendizaje individualizadas, de tal manera que se tomen en cuenta las necesidades de los estudiantes con discapacidades.	4.77	1.08

En la segunda dimensión *eficacia en la colaboración*, los estudiantes consideran que pueden colaborar con otros profesionales tales como maestros de comunicación y/o apoyo para diseñar planes educativos para alumnos con discapacidad, así como trabajar con ellos para enseñar a este tipo de alumnos, con medias de 5.03 y 5.01 respectivamente. Sin embargo, no se consideran tan eficaces en lo que respecta a informar sobre las leyes y políticas relacionadas con la integración de alumnos con discapacidad (M=4.46) (ver tabla 5).

Tabla 5
Medias de la dimensión eficacia en la colaboración

Reactivos	M	DS
Puedo colaborar con otros profesionales (por ejemplo maestro de comunicación, maestro de apoyo) para diseñar los planes educativos para los alumnos con discapacidad.	5.03	1.07

Tabla 5 (continuación).
Medias de la dimensión eficacia en la colaboración.

Reactivos	M	DS
Puedo trabajar con otros profesionales (por ejemplo otros maestros o el personal de educación especial) para enseñar a los niños con discapacidad en mi salón.	5.01	1.05
Puedo ayudar a las familias a apoyar a sus niños para que vayan bien en la escuela.	4.98	.95
Puedo hacer que los padres se sientan cómodos al venir a la escuela.	4.92	1.05
Tengo confianza en mi habilidad para involucrar a los padres de los niños con discapacidad en las actividades de la escuela.	4.54	1.11
Tengo confianza en informar sobre las leyes y políticas relacionadas con la integración de alumnos con discapacidad a quienes no saben.	4.46	1.17

Por último, en la tercera dimensión *eficacia en el manejo del comportamiento*, las medias se encuentran en el término medio, lo cual indica que los estudiantes están de acuerdo con las afirmaciones pero no completamente. La media más alta se refiere a ser capaz de hacer que los niños sigan las reglas del salón, en la cual los alumnos consideran contar con esta habilidad (M=4.98) (ver tabla 6).

Tabla 6
Medias de la dimensión eficacia en el manejo del comportamiento.

Reactivos	M	DS
Soy capaz de hacer que los niños sigan las reglas del salón.	4.98	.89
Soy capaz de calmar a un estudiante que es disruptivo (interrumpe con frecuencia el trabajo de los demás) o ruidoso.	4.68	1.06

Tabla 6 (continuación).

Medias de la dimensión eficacia en el manejo del comportamiento.

Reactivos	M	DS
Tengo confianza en mi habilidad para prevenir conductas disruptivas en mi salón antes de que ocurran.	4.65	.97
Puedo explicar bien las expectativas que tengo acerca de las conductas de los alumnos.	4.56	1.20
Puedo controlar las conductas disruptivas en mi salón.	4.56	1.17
Tengo confianza en manejar a los estudiantes que son físicamente agresivos.	4.39	1.22

RELACIONES ENTRE LAS VARIABLES

Con la finalidad de comprobar si existe relación entre las variables del estudio, se procedió a realizar una correlación bivariada de Pearson. Se puede observar que sólo las actitudes muestran correlación estadísticamente significativa con la autoeficacia. Los sentimientos y las preocupaciones no muestran relación con la autoeficacia (ver tabla 7).

Tabla 7
Correlaciones entre las variables.

	1	2	3	4	5	6	7	8
1	-							
2	-.149	-						
3	.049	.357**	-					
4	.442**	.716**	.706**	-				
5	-.140	.254*	.116	.141	-			
6	-.022	.315**	.216*	.286**	.735**	-		
7	-.200*	.262**	.032	.077	.718**	.686**	-	
8	-.135	.308**	.134	.185	.908**	.896**	.894**	-

1. Sentimientos; 2. Actitudes; 3. Preocupaciones; 4. SACIE; 5. Eficacia para dar instrucciones inclusivas; 6. Eficacia en la colaboración; 7. Eficacia en el manejo del comportamiento; 8. Autoeficacia.

**La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

*La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Después de analizar los resultados obtenidos en el estudio, se destaca principalmente que los estudiantes normalistas encuestados muestran actitudes favorables acerca del involucramiento de alumnos con necesidades educativas especiales o discapacidad en aulas regulares, sin embargo en se resalta escaso conocimiento sobre las políticas y leyes relacionadas con la inclusión de alumnos con discapacidad, según el cuestionario de datos sociodemográficos aplicado. Se identificó que los estudiantes reportan baja experiencia y escaso nivel de entrenamiento para trabajar con este grupo de alumnos. Estos resultados coinciden con estudios similares que muestran en profesores actitudes positivas hacia la educación inclusiva pero que al mismo tiempo no disponen de suficiente formación y recursos materiales para atender a la diversidad (Chiner, 2011; Montánchez, 2014). En este aspecto, sería importante disponer de un programa de capacitación y actualización que se relacione con el trabajo y la atención a la diversidad en el aula.

En el aspecto de los sentimientos, la mayoría de las medias fueron bajas, lo cual indica que los estudiantes normalistas no presentan sentimientos negativos al relacionarse con alumnos con discapacidad, sin embargo, los estudiantes mencionaron que sentirían miedo de presentar una discapacidad en un futuro. Montgomery (2013), menciona que una persona con sentimientos positivos suele sentir mayor confianza y tener más habilidades para trabajar en contextos inclusivos y en especial con alumnos que presentan alguna discapacidad.

La mayor preocupación de los estudiantes normalistas fue que los alumnos con discapacidad no sean aceptados por sus demás compañeros, así como también el brindarles una atención adecuada a todos y la falta de conocimientos suficientes para enseñar y trabajar con este grupo de alumnos. Esto coincide con Chhetri (2015), quien reportó en un estudio que una de las mayores preocupaciones de los profesores fue la aceptación de los alumnos y la necesidad de capacitación para poder atender de manera igualitaria a todos.

En relación a la valoración de la autoeficacia de los estudiantes hacia las prácticas inclusivas se encontró que los

resultados indican que ésta es adecuada. Prieto (2016), considera que la autoeficacia influye en las conductas que se realizan así como también determina el esfuerzo y se relaciona con los patrones de pensamiento y las reacciones emocionales.

Las áreas que podrían fortalecerse en el diseño de programas de formación docente son las relacionadas a la identificación de necesidades de los estudiantes, el diseño de actividades de aprendizaje y el manejo efectivo de la disciplina en el aula. Otro aspecto importante es brindar información sobre las leyes y políticas en materia de educación inclusiva.

En conclusión, se identifica que uno de los retos en la formación docente es el incluir los aspectos relacionados con los conocimientos de la diversidad del estudiante, la filosofía de la educación inclusiva, el currículum y la dimensión afectiva de la docencia.

REFERENCIAS

- Badia, A. (2016). Emociones y sentimientos del profesor en la enseñanza y la formación docente. En C. Monereo (coord.). *Enseñando a enseñar en la universidad* (pp. 62-90). Barcelona: Octaedro/ICE-UB. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/305493634_Emociones_y_sentimientos_del_profesor_en_la_ensenanza_y_la_formacion_docente
- Blanco, R. (2006). La equidad y la inclusión social: Uno de los desafíos de la Educación y la Escuela Hoy. *Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación* 4 (3). Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/551/55140302.pdf>
- Calvo, G. (2013). La formación de docentes para la inclusión educativa. *Páginas de Educación* 6 (1). Recuperado de: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-74682013000100002
- Chhetri, K. (2015). *Investigating teachers' concerns and experiences in teaching children with special educational needs in Bhutan*. (Master dissertation, Queensland University of Technology, Buthan, Asia). Recuperada de http://eprints.qut.edu.au/84747/1/Kishore%20Kumar_Chhetri_Thesis.pdf
- Chiner, E. (2011). *Las percepciones y actitudes del profesorado hacia la inclusión del alumnado con necesidades educativas especiales como indicadores del uso de prácticas educativas inclusivas en el aula*. (Tesis doctoral, Universidad de Alicante, España). Recuperada de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/19467/1/Tesis_Chiner.pdf
- Correia, J. (2014). *Educación Inclusiva: Indicadores de sentimientos, actitudes, preocupaciones y autoeficacia de los profesores* (Tesis doctoral, Universidad de Extremadura). Recuperada de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=45027>
- Flores, V., García, I. y Romero, S. (2017). Prácticas inclusivas en la formación docente en México. *Liberabit: Revista de Psicología*, 23 (1). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68651823004>
- George, D. & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference*. 11.0 update. Boston: Allyn& Bacon.
- Granada, M., Pomés, M. y Sanhueza, S. (2013). Actitud de los profesores hacia la inclusión educativa. *Papeles de trabajo-Centro de Estudios Interdisciplinarios en Etnolingüística y Antropología Socio-Cultural*, (25), 0-0. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-45082013000100003

- Infante, M. (2010). Desafíos a la Formación Docente: Inclusión Educativa. *Revista Estudios Pedagógicos XXXVI 1*. 287-29. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-07052010000100016
- Loreman, T., Sharma, U., Earle, C. & Forlin, C. (2007). The development of an instrument for measuring pre-service teachers' sentiments, attitudes and concerns about inclusive education. *International Journal of Special Education*, 22(2), 150-159. Recuperado de <https://eric.ed.gov/?id=EJ814498>
- Montánchez, M. (2014). *Las actitudes, conocimientos y prácticas de los docentes de la ciudad de Esmeraldas (Ecuador) ante la educación inclusiva: un estudio exploratorio* (Tesis doctoral, Universidad de Valencia, España). Recuperada de <http://roderic.uv.es/handle/10550/34820>
- Montgomery, A. (2013). *Teachers' self-efficacy, sentiments, attitudes, and concerns about inclusion of students with developmental disabilities* (Doctoral dissertation, Universidad de British Columbia, Vancouver, Canadá). Recuperada de <https://open.library.ubc.ca/cIRcle/collections/ubctheses/24/items/1.0071913>
- Navarrete-Cazales, Z. (2015). Formación de profesores en las Escuelas Normales de México. *Revista Historia de la Educación Latinoamericana* 17 (25), 17-34. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=86941142002>
- Prieto, L. (2016). Autoeficacia del profesor universitario: Eficacia percibida y práctica docente. México: Alfaomega.
- Romero, S., García, I. y Lomeli, K. (2013). Impacto de la formación docente en las actitudes sobre la inclusión y la autoeficacia para la enseñanza de personas con discapacidad. *XII Congreso Nacional de Investigación Educativa*. Recuperado de <http://www.comie.org.mx/congreso/memoriaelectronica/v12/doc/1802.pdf>
- Secretaría de Educación Pública [SEP]. (2017). Modelo Educativo para la Educación Obligatoria. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/207252/Modelo_Educativo_OK.pdf
- Sharma, U., Loreman, T. & Forlin, C. (2011). Measuring teacher efficacy to implement inclusive practices. *Journal of Research in Special Educational Needs*, 12 (1), 12-21. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-3802.2011.01200.x/abstract>
- UNESCO. (2000). Educación para todos en las Américas: Marco de acción regional. Recuperado de http://www.oei.es/historico/quipu/marco_accion_americas.pdf

Vezub, L. (2007). La formación y el desarrollo profesional docente frente a los nuevos desafíos de la escolaridad. *Profesorado. Revista de currículum y formación del profesorado* 11(1). Recuperado de <http://www.ugr.es/local/recfpro/rev111ART2.pdf>

VULNERABILIDAD LABORAL: ACTIVIDAD FÍSICA EN POLICÍAS DE CAJEME

Hebert David Quintero Portillo
Lorenia Lopez Araujo
Jose Fernando Lozoya Villegas
Irma Alejandra del Consuelo Díaz Meza
Araceli Serna Gutiérrez.
Instituto Tecnológico de Sonora

RESUMEN

La actividad física es crucial en la preservación y mejoramiento de la salud. **Objetivo.** Determinar el nivel de actividad física medida a través del cuestionario internacional de actividad física en policías de un municipio de Sonora. **Metodología.** Se evaluaron a 50 policías de ambos géneros entre 22 y 58 años, el estudio fue no experimental tipo transversal, se aplicó un cuestionario internacional de actividad física (por sus siglas en inglés IPAQ) versión corta. Se obtuvo que el 39.10% de la población tiene un nivel de actividad física alto, siendo un porcentaje muy bajo, y por otro lado un 17.4% un nivel bajo, es decir insuficiencia en la actividad física, INEGI indica que el 46.1% de la población mexicana cumple con un nivel suficiente de actividad física-deportiva. **Conclusión.** Hubo un nivel de actividad física insuficiente por ambos géneros, lo cual puede ocasionar a un futuro problemas en la salud.

Palabras clave: Nivel de actividad física, salud, calidad de vida, enfermedades, policía

INTRODUCCIÓN

El cuerpo humano ha sido diseñado y está preparado para moverse, más aún, tiene la necesidad de hacerlo, no obstante, a pesar de ello, la práctica de la actividad física en la población es cada vez menos frecuente. En la presente investigación se evalúa el nivel de actividad física de personal de seguridad pública municipal de Sonora, México.

La importancia de aumentar el nivel de actividad física radica en la relación que tiene en la salud, misma que

la Organización Mundial de la Salud (OMS) la califica el sedentarismo como el cuarto factor causante de enfermedades crónicas no transmisibles. Por otra lado, gran parte de la población de seguridad pública tiene conocimiento referente a la importancia que tiene realizar actividad física como hábito diario, sin embargo en algunas ocasiones desconoce la manera de iniciar un programa personalizado de acuerdo a sus características funcionales, inclusive para ingresar a la academia de policía y posteriormente contar con policías más profesionales que salvaguarden la integridad y los derechos de las personas deben de cumplir con requisitos de ingreso, uno de ellos es tener algunas características físico atléticas como; agilidad física, buena coordinación psicomotriz, flexibilidad, fuerza, resistencia física y rapidez de reflejos, sin embargo no se hacen las evaluaciones pertinentes para corroborar dichas características tal y como lo menciona Bautista (2017). Por otro lado, ya ingresando a la academia de policía son capacitados durante 3 meses, mismos que en cada semana del tiempo establecido trabajan 61 horas de acondicionamiento físico, más no hay un seguimiento después de haber finalizado la capacitación, solo salen a cumplir su función policiaca, es por ello el propósito de diseñar rutinas de ejercicio físico para un mejor control y desarrollo de todas las capacidades físicas que necesita una persona con este tipo de labor, y esto a su vez orientar hacia la prevención de enfermedades como (diabetes, hipertensión, cáncer, cardiovasculares).

En cuestión de la actividad física es definida como cualquier movimiento corporal, producido por el sistema muscular, principalmente el músculo esquelético estriado, el cual es controlado, es decir son músculos voluntarios, junto con ello se genera un gasto de energía donde el cuerpo requiere de la ingesta de alimentos, mismos que tienen nutrientes esenciales que las células utilizan en la producción de energía, esto a su vez apoya a generar el movimiento. La actividad física actualmente es de suma importancia en la promoción de la salud, donde tiene que ser aplicada por profesionales en esta área, así mismo, instituciones satinarías y educativas como un medio fundamental que contribuya en la obtención de resultados favorables en pro de la evolu-

ción y mejoramiento de la calidad de vida de la población, y es catalogada como un elemento importante e ideal en la prevención de algunas enfermedades en su aparición o en su desarrollo, para combatir las secuelas o la manera cómo afecta la calidad de vida algunas enfermedades (Vildarte, Vélez, Sandoval & Alfonso, 2011).

La actividad física asumida en su contexto integral se convierte en la actualidad en la estrategia clave para todos los profesionales de la salud que de una u otra manera busca en las personas mejorar su calidad y sus condiciones de vida, y desde la salud pública la vida es un elemento básico y colectivo que puede generar un cambio importante en lo que está sucediendo con las enfermedades producto de los estilos de vida y conductas y comportamientos poco saludables (Vildarte, Vélez, Sandoval & Alfonso, 2011).

La salud, y por lo tanto la calidad de vida, es una de las mayores preocupaciones de la población, dado que las personas adultas pueden pasar más de un tercio del día en el entorno laboral, este sea también uno de los aspectos por lo que más se interesan los trabajadores y las empresas. Desde mediados del siglo pasado, se viene investigando y trabajando para crear empresas saludables (Thomas-Gurrás, 2017).

Sin embargo, no se han conseguido alcanzar estas metas, tanto a nivel particular, así como también el ámbito privado como el sector público, se sigue tratando de potenciar la implantación de estas organizaciones para que contribuyan al bienestar de las personas, al mantenimiento de la salud, y no solo al aspecto laboral, sino que pueda servir también como apoyo a otras medidas de prevención y tratamiento de enfermedades. En este sentido, existen instituciones que buscan la mejorar de la misma, el plan global de acción sobre la salud de los trabajadores (GPA, por sus siglas en inglés) para el periodo 2008-2017 fue aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud de la OMS para incentivar que los países promovieran nuevas estrategias de actuación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), junto con la Organización Internacional del Trabajo (OIT), definió qué es un entorno de trabajo saludable y lo identificó como aquel en el que los trabajadores y jefes colaboran en un proceso de mejora continua para promover y proteger la salud, la inse-

guridad y el bienestar de los trabajadores, y la sostenibilidad del ambiente de trabajo en función de los siguientes indicadores (Thomas-Gurrás, 2017).

- La salud y la seguridad que afectan el ambiente físico de trabajo
- La salud, la seguridad y el bienestar concernientes a las relaciones psicosociales en el trabajo, que incluyan la organización del mismo y el espacio de trabajo, así como la cultura organización
- Los recursos de salud personales en el ambiente de trabajo
- Formas en que la comunidad busca mejorar la salud de los trabajadores, sus familias y de otros miembros de la comunidad.

La OMS, es una institución que se encarga de gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en la salud a nivel mundial, considera a la actividad física como uno de los principales factores que intervienen en el estado de salud de las personas, y la apunta como la principal estrategia en la prevención de la obesidad entendiéndola como “cualquier movimiento corporal producido por los músculos y que produce un gasto energético por encima de la tasa de metabolismo basal”, es decir el gasto en un estado de reposo (Instituto Nacional de Salud Pública, 2012).

La OMS, en su estrategia “salud para todos”, explica dentro de sus objetivos la reducción de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en todos los grupos de edad, así como también el incremento de la proporción de personas adultas que realiza actividad física moderada diaria, de tal manera que recomienda realizar al menos 30 minutos de actividad física, como mínimo para que tenga efectos significativos en la salud (Vildarte, Vélez, Sandoval & Alfonso, 2011).

Una de las principales causas del sedentarismo, es decir la falta de actividad física son las nuevas tecnologías que han cambiado el estilo de vida, haciendo el mínimo esfuerzo, actualmente, a través de internet, es posible comprar y tener acceso a la prestación de toda clase de servicios sin salir de casa, se estima que hace 10,000 años, cuando los

seres humanos eran agricultores y recolectores, el gasto energético asociado a la actividad física era de 6000 kcal/semana; pero en la actualidad el gasto energético apenas alcanza 1,800 kcal/semana. Todos estos cambios en el estilo de vida de las personas se ha repercutido en la salud de los individuo, por lo que han surgido las denominadas enfermedades hipocinéticas que tienen estrecha relación con la falta de movimiento (Goñi & Infante, 2010).

Caspersen, Powell y Christenson (1985) definen la actividad física como todo movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos y que requiere un gasto de energía, y a su vez, el ejercicio físico como una actividad física, solo que con tres características, planificada, estructurada y repetitiva con un objetivo de mejorar la condición física de la población, es decir, teniendo un estado físico óptimo, para la prevención y/o mejoramiento de enfermedades crónico no transmisibles.

La OMS (2013) define las enfermedades crónicas no trasmisibles (ECNT) como afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta. Los cuatro tipos principales de enfermedades son:

- Enfermedades cardiovasculares (por ejemplo, los infartos de miocardio o accidentes cerebrovasculares).
- Cáncer.
- enfermedades respiratorias crónicas (neumopatía obstructiva crónica o el asma).
- Diabetes

El 63% de las muertes anuales, son debido a las enfermedades no transmisibles. Dichas enfermedades matan a más de 36 millones de personas cada año, cerca del 80% de las muertes se concentran en países de ingresos bajos y medios.

Gran parte de la población a nivel mundial ha dejado de moverse, algunos estudios muestran en cuestión de esta temática que un 76.6% de las mujeres y un 56.7% en los hombres tienen un estilo de vida sedentario, el cual presenta un incremento de hasta un 80.3% de hombres y 86.3% de mujeres en el grupo de mayor de edad. Por otra parte en México según datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

(ENSANUT, 2012) referente a la actividad física y sedentarismo, se estima que en adultos de 20 a 69 años de edad, la prevalencia de inactividad física aumentó significativamente 47.3% en los últimos años (2006-2012). La falta de actividad física ha aumentado la carga de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT): infartos cardíacos y cerebrales, obesidad, cáncer, diabetes e hipertensión, mismas que ha significado un cambio radical en las condiciones de salud de la población. Bien se sabe que tres millones de personas en el mundo mueren cada año a causa de la inactividad física, 300 millones están diagnosticados con obesidad, 1000 millones tienen sobrepeso y 690 millones sufren de hipertensión (Instituto Nacional de Salud Pública, 2012).

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), dio a conocer los resultados del módulo de práctica deportiva y ejercicio físico (MOPRADEF), correspondientes a noviembre de 2016. Donde tuvo como finalidad de obtener información sobre la participación de hombres y mujeres mayores de 18 años de edad en la práctica de algún deporte o ejercicio físico en su tiempo libre, así como algunas características asociadas a las actividades físico-deportivas. Donde revela que el 58.2% de la población mexicana de 18 y más años en el agregado urbano de 32 ciudades de 100 mil y más habitantes es inactiva físicamente.

Por género, 63.3% de la población femenina es inactiva físicamente, en tanto que 52% de la población masculina declaró que no realiza actividad física-deportiva.

Por otro lado, Nabeel, Baker, McGrail Jr. y Flottemesch (2007) en su estudio transversal con policías de Estados Unidos, mencionan que tener los niveles de condición física, actividad física y los daños músculo – esqueléticos, los policías con mayor condición física son menos propensos a dolores de espalda y dolor crónico, y de esta mera afectando las funciones laborales, así como también las actividades de la vida diaria.

En Holanda se realizó una exploración de la importancia de la intensidad relativa, duración media y volumen de actividad física en relación con factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares (ECV), a través de cuestionarios, evaluación física y antropometría, fue constatado que la ac-

tividad física y la condición física son inversamente asociadas para la determinación de su efecto sobre los factores de riesgo para ECV (Sassen, Cornelissen, Kiers, Wittink, Kok & Vanhees, 2009).

Las recomendaciones generales de actividad física para la salud en adultos y en adultos mayores según el Colegio Americano de Medicina del Deporte y la Organización Mundial de la Salud, indica las siguientes recomendaciones: adultos de 18 a 64 años (Crespo-Salgado, Delgado-Martín, Blanco-Iglesias, & Aldecoa-Landesa, 2015).

- Se debe evitar la inactividad, porque en sí misma es nociva para la salud, cualquier actividad, por mínima que sea, producirá beneficios para la salud.
- La evidencia científica existente en la actualidad indica que es a partir de 150 min (2 h y media) de actividad aeróbica moderada (entre 3 y 6 METs de intensidad, donde representa los múltiplos de la tasa metabólica en reposo ($3.5 \text{ ml} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{min}^{-1}$) a la semana cuando empiezan los efectos beneficiosos para la salud. Los mismos beneficios se consiguen si se realizan al menos 75 min semanales de actividad física aeróbica intensa (más de 6 METs de intensidad).
- Es recomendable repartir el tiempo semanal en fracciones de 30 min 5 días a la semana en la actividad aeróbica moderada, o de 25 min 3 días a la semana en la aeróbica intensa.
- El tiempo diario se puede dividir en fracciones no menores de 10 min. Tiene la misma repercusión para la salud realizar 30 min seguidos que 3 bloques de 10 min o 2 bloques de 15 min. También se pueden realizar múltiples combinaciones de actividades intensas y moderadas, pero sobre la base de los tiempos recomendados anteriormente; no existe una evidencia científica para cada combinación.
- Si se realiza actividad física más allá de los tiempos recomendados, tanto de forma moderada como intensa, o en combinación, el efecto beneficioso para la salud también aumenta.

- Es recomendable que los adultos realicen también, y de forma complementaria a lo recomendado anteriormente, ejercicios de fuerza muscular (ejercicios contra resistencia), abarcando todos los grupos musculares posibles. Se recomiendan 8-10 ejercicios, con 8-12 repeticiones cada uno, 2 o más días no consecutivos por semana.
- Para mejorar o mantener un rango de movimiento articular normal se recomienda realizar ejercicios de flexibilidad por lo menos 2 o 3 días a la semana, incluyendo estiramientos. Cada estiramiento debe durar 10-30 s, notando tensión o molestia leve, y realizando de 2 a 4 estiramientos para cada ejercicio, completando un total de 60 s.

El envejecimiento se sabe que es un proceso fisiológico que se da en el transcurso de los años, sin embargo si este es activo es fundamental para conseguir una población mayor más saludable y con una mejor calidad de vida, la práctica de ejercicio físico regular es una de las principales estrategias no farmacológicas encaminadas a disminuir los índices de morbilidad a lo largo de los años (Bermejo, Almagro & Rebolla, 2017).

La calidad de vida (CV) según la OMS la define como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es reconocido como un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresaliente del entorno (Martínez & Calvo, 2015).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

- ¿Cuál es el nivel de actividad física medida a través del cuestionario internacional de actividad física en policías de un municipio de Sonora

OBJETIVO GENERAL

- Determinar el nivel de actividad física medida a través del cuestionario internacional de actividad física en policías de un municipio de Sonora

MÉTODO

Fue estudio cuantitativo, no experimental tipo transversal.

PARTICIPANTES

Se seleccionaron, a través de un muestreo no probabilístico tipo intencional, sujetos de ambos sexos entre 22 y 58 años, provenientes una institución de seguridad pública municipal del estado de Sonora, todos con la función de policía. Con un total de 50 sujetos.

INSTRUMENTOS

Se determinó el nivel de actividad física a través del International Physical Activity Questionnaire versión corta “últimos 7 días” en español USA (IPAQ, 2011). Donde se aplicó a manera de entrevista, dentro del mismo cuestionario fue agregado la edad y el tiempo que lleva laborando cada uno de los sujetos. El indicador de actividad física se expresa en METs-minutos/semana, como una manera categórica, clasificando el nivel de actividad física bajo, moderado o alto (IPAQ, 2005).

El cuestionario tiene validez y confiabilidad para la aplicación de adultos entre 18 y 65 años. La versión corta (9 ítems) proporciona información sobre el tiempo empleado al caminar, en actividades de intensidad moderada y vigorosa y en actividades sedentarias, la actividad de intensidad moderada se considera como aquella que produce un incremento moderado en la respiración, frecuencia cardíaca y sudoración por lo menos durante 10 minutos continuos y, la actividad vigorosa, como la que produce un incremento mayor a las misas variables, durante 10 minutos o más. La actividad física semanal se mide a través del registro en METs-min-semana. Los METs de referencia fueron:

- Para caminar: 3,3 METs.

- Para la actividad física moderada: 4 METs.
- Para la actividad física vigorosa: 8 METs

Posteriormente se calculó el índice de actividad física, cuyo valor corresponde al producto de la intensidad (en METs), por la frecuencia, por la duración de la actividad (Mantilla & Gómez, 2007).

Tabla 1
Clasificación de los niveles de actividad física según los criterios establecidos por el IPAQ.

Nivel de actividad física alto	Reporte de 7 días en la semana de cualquier combinación de caminata, o actividades de moderada o alta intensidad logrando un mínimo de 3.000 MET-min/semana.
Nivel de actividad física moderado	Cuando se describe 5 o más días de cualquier combinación de caminata y actividades moderadas o vigorosas logrando al menos 600 MET-min/semana
Nivel de actividad física bajo	Se define cuando el nivel de actividad física del sujeto no esté incluido en las categorías alta o moderada

Fuente: (IPAQ, 2005).

PROCEDIMIENTO

Se estableció contacto con la Secretaría de Seguridad Pública para solicitar autorización de la aplicación de los cuestionarios, donde fueron aplicados en la Academia de Policía los instrumentos se aplicaron en horarios de trabajo, para calcular los niveles de actividad física se utilizó una plantilla de Excel automatizada (IPAQ, 2016), los sujetos con menor de 600 Mets fueron categorizados en el nivel bajo, 600 y menos de 3000 mets nivel medio e igual y mayor a 3000 mets un nivel alto (IPAQ, 2005).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se aplicó un cuestionario a 50 sujetos sobre el nivel de actividad física con 7 ítems, se utilizó la estadística descriptiva para la interpretación de los datos, mediante el pro-

grama estadístico SPSS versión 21, donde se obtuvieron las medidas de tendencia central, media, y el número de casos, así como las medidas de dispersión mínimo, máximo y desviación estándar. Además se obtuvieron los porcentajes y la frecuencia por género en cuanto a la clasificación de la edad, nivel de actividad física y horas sentado.

Se realizó una comparación del nivel de actividad física y años de servicio, donde primero se aplicó la prueba de normalidad por Shapiro-Wilks para posteriormente aplicar la prueba de comparación Kruskal-Wallis.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 2
Características de edad de policías.

	N	Mínimo	Máximo	Media	σ
Femenino	15	21	54	36.67	10.70
Masculino	35	22	58	40.86	10.27
Total	50	21	58	39.60	10.47

En la variable edad el promedio fue de 39.6 años con una dispersión de 10.47 años. El promedio de edad del género femenino es de 36.67 años con una dispersión de 10.7 años, la edad mínima es de 21 años y la máxima de 54. El promedio de edad del género masculino es de 40.86 años con una dispersión de 10.27 años, la edad mínima es de 22 años y la máxima de 58

Tabla 3
Años de servicio policiaco.

	N	Mínimo	Máximo	Media	σ
Femenino	15	.16	30.00	11.22	8.59
Masculino	34	.16	33.00	14.21	8.65
Total	49	.16	33.00	13.29	8.66

En la variable años de servicio el género femenino tiene un promedio de 11.22 años con una dispersión de 8.59 años, el sujeto con más años de servicio es de 30 años y el míni-

mo de .16 años. El género masculino tiene un promedio de 14.21 años con una dispersión de 8.65 años. El sujeto con más años de servicio es de 33 años y el mínimo de 16 años

Tabla 4
Clasificación por edad y género.

	Femenino		Masculino		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Adultos jóvenes (18 a 35 años)	7	46.7%	13	37.1%	20	40%
Adultos (36 a 60 años)	8	53.3%	22	62.9%	30	60%
Total	15	100%	35	100%	50	100%

En cuanto a la clasificación de la edad el 40% de los sujetos están en la clasificación de adultos jóvenes, mientras que el 60% en adultos. Haciendo el análisis por género, 46.7% son adultos jóvenes y 53.3% adultos en el género femenino. En el masculino 37.1% son adultos jóvenes y el 62.9% son adultos

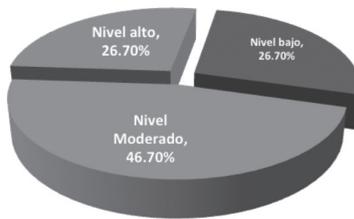


Figura 1. Porcentaje nivel de actividad física género femenino

Se puede observar en la figura 1 que solo un 26.70% tiene un nivel alto de actividad física, lo cual indica que gran porcentaje de mujeres en total un 73.4% no cumple con el nivel adecuado para poder tener una condición física óptima para poder realizar las funciones policíacas con mayor rendimiento, y a su vez una mejor calidad de vida, es de vital importancia cumplir con las recomendaciones de mínimo

150 minutos diarios para alcanzar los niveles óptimos y favorecer la salud (Vildarte et al, 2011).

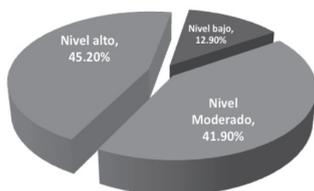


Figura 2. Porcentaje nivel de actividad física género masculino

En la figura 2, se observa que haciendo una comparación con el género femenino, los hombres tuvieron un mayor nivel de actividad física alto con un 45.20%, por lo que casi la mitad de este género realiza una actividad física suficiente para poder llevar a cabo todas sus labores policiaacas, y a su vez apoyar a una mejor calidad de vida, en su bienestar físico. Pero por otro lado, más de la mitad de la población de este género tienen un nivel bajo y moderado de actividad física, un nivel bajo significa tener inactividad física, misma que afecta a la capacidad funcional de todo individuo y a mediano o largo plazo afecta a la salud.

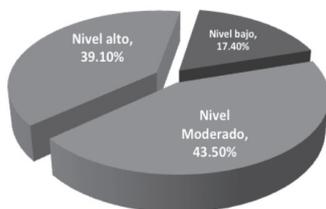


Figura 3. Porcentaje nivel de actividad física total

En la figura 3 se obtuvieron los porcentajes totales por ambos géneros, encontrando que solo el 39.10% tiene un nivel alto de actividad física, siendo un porcentaje muy bajo, se recomienda orientar a la población para aumentar el nivel de actividad física, primeramente por su salud, para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, y en segundo pla-

no para su función laboral. Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, indica que el 46.1% de la población mexicana cumple con un nivel suficiente de actividad física-deportiva, y un 51.4% un nivel insuficiente, en donde en el presente estudio el 17.4% tuvo un nivel insuficiente de actividad física. A pesar que la mayor parte de los policías estudiados, presentan un alto porcentaje de actividad suficiente.

Tabla 5
Comparación de años servicio con nivel de actividad física

Nivel	Media	σ	p
Bajo	12.27	9.72	
Moderado	14.70	9.12	.688
Alto	12.17	8.22	

Se observa en la tabla 5 referente a la comparación de las variables años de servicio con el nivel de actividad física según la prueba de Kruskal-Wallis arrojó una p de .688 por lo que no hay una diferencia significativo entre variables.



Figura 4. Porcentaje de horas sentado al día (femenino)

En la figura 4 se puede apreciar que el 30% del género femenino se la pasa sentada 8 horas al día, un 20% con 7 horas, lo cual afecta que las mujeres tengan menor nivel de actividad física alto y moderado. Aumentando el riesgo sobre su bienestar físico.

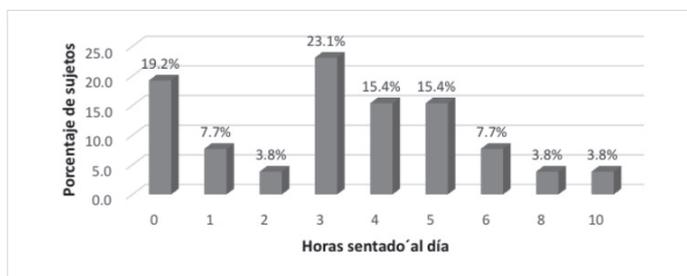


Figura 5. Porcentaje de horas sentado al día (masculino)

En cuanto a la población de género masculino se observa que el 23.1% se la pasa 3 horas como máximo al día sentado, y el 19.2% no se sienta durante el horario laboral, siendo esto un factor que los hombres tuvieran un mayor porcentaje de nivel de actividad física alto y moderado.

CONCLUSIONES

Finalmente se puede concluir que, en la población estudiada, los niveles de actividad física bajos se asocian al género femenino, en donde se deduce que gran porcentaje de esta población se pasa sentada la mayor parte del día, es importante seguir indagando sobre otras variables que se asocian a un bajo nivel de actividad física, que a pesar que comparando con los resultados mostrados en el INEGI, es necesario implementar programas de acondicionamiento físico que apoyen a la mejora de la capacidad física, primeramente relacionada con la salud y como segundo propósito cumplir con las funciones policíacas. También es importante trabajar en colaboración con la academia de policía para diseñar estrategias para desarrollar planes de entrenamiento adecuado a cada una de las características de las personas.

Por otro lado, orientar de manera inmediata a dicha población sobre los beneficios de estar activos con el tiempo suficiente, y aclarar de no realizar actividad física constante es uno de los factores de riesgo para padecer enfermedades crónico degenerativas, además de orientar sobre hábitos de alimentación saludables, ya que estas dos variables cuando se tiene un equilibrio entre las mismas, hay mayor beneficio para la salud.

REFERENCIAS

- Bautista, E. (2017). Programa de Acondicionamiento Físico Policías. Academia de Policía.
- Bermejo, J., Almagro, B., & Rebollo, J. (2017). Factores motivacionales relacionados con la intención de seguir practicando ejercicio físico en mujeres adultas (Motivational factors related to the intention to continue practicing exercise in adult women). *Retos*, 0(34), 117-122. Recuperado de <https://recyt.fecyt.es/index.php/retos/article/view/50748>
- Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: Definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 100(2), 126-131. Recuperado de <http://pubmedcentralcanada.ca/pmc/articles/PMC1424733/pdf/pubhealthrep00100-0016.pdf>
- Crespo-Salgado, J., J. Delgado-Martín, J., L. Blanco-Iglesias, O., B & Aldecoa-Landesa, S. (2015). Guía básica de detección del sedentarismo y recomendaciones de actividad física en atención primaria. *ScienceDirect*. 47(3). Pp. 175-183.
- Goño, E & Infante, G. (2010). Actividad físico-deportiva, auto concepto físico y satisfacción con la vida. *European Journal of Education and Psychology*. 3(2). Pp. 199-208. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1293/129315468004.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2017). Módulo de práctica deportiva y ejercicio físico. Boletín de Prensa Número 22/17. Recuperado de: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2017/moprade/moprade2017_01.pdf
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados de actividad física y sedentarismo en personas de 10 a 69 años. Recuperado de: <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/ActividadFisica.pdf>
- International Physical Activity Questionnaire. (2005) Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). Short and long forms. Recuperado de: <https://sites.google.com/site/theipaq/scoring-protocol>
- International Physical Activity Questionnaire. (2011). Recuperado de: https://sites.google.com/site/theipaq/questionnaire_links
- International Physical Activity Questionnaire. (2016). Recuperado de: <https://sites.google.com/site/theipaq/scoring-protocol>
- Mantilla, S, C & Gómez, A. (2007). El Cuestionario Internacional de Actividad Física. Un instrumento adecuado en el seguimiento de la actividad física poblacional. *Revista Iberoamericana de Fisioterapia y Kinesiología*. 10(1). 48-52.

- Martínez San Esteban, J., & Calvo Lluch, Á. (2015). Calidad de vida percibida y su relación con la práctica de actividad física en el ámbito laboral. Un estudio piloto (Perceived quality of life and its correlation to the practice of physical activity in the work sphere. Pilot study). *Retos*, 0(25), 53-57. Recuperado de <https://recyt.fecyt.es/index.php/retos/article/view/34477/18613>
- Nabeel I, Baker BA, McGrail Junior MP, Flottemesch TJ. (2007). Correlation between physical activity, fitness, and musculoskeletal injuries in police officers. *Minnesota Medicine*, New York; 90(9): 40-43.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). 10 datos sobre las enfermedades no transmisibles. Recuperado de: http://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/es/
- Sassen B, Cornelissen VA, Kiers H, Wittink H, Kok G, Vanhees L. (2009). Physical fitness matters more than physical activity in controlling cardiovascular disease risk factors. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*. 16(6)
- Thomas-Gurrás, H. (2017). Análisis de los diferentes modelos ¿hay empresas saludables? tres maneras de responder a esta pregunta. *Revista de los Estudios*. 8. 57-70. Recuperado de http://oikonomics.uoc.edu/divulgacio/oikonomics/_recursos/documents/08/Oikonomics_8_cast_OpenCMS_a4.pdf#page=59
- Vildarte, J., A. Vélez, C. Sandoval, C & Alfonso, M., L. (2011). Actividad física: estrategia de promoción de la salud. *Revista hacia la promoción de la salud*. 16(1). Pp.



ACOSO LABORAL: VULNERABILIDAD EN TRABAJADORES DE PEQUEÑAS Y MEDIANAS EMPRESAS

Claudia García Hernández
Rafael Octavio Félix Verduzco
Karla Denisse Espinoza Gracia
Eneida Ochoa Avila
Instituto Tecnológico de Sonora

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo fue determinar el grado de prevalencia de Acoso Laboral en los trabajadores de las PyMES en Ciudad Obregón, para ello se utilizó el modelo de Leymann que clasifica las conductas de acoso en seis subescalas: desprestigio laboral, entorpecimiento del progreso, bloqueo de la comunicación, intimidación encubierta, intimidación manifiesta y desprestigio personal. Se aplicó el instrumento LIPT 60, en la versión de González de Rivera y Rodríguez (2003) a un total de 479 trabajadores (251 hombres y 228 mujeres). Se encontró que el 87.8 % de los trabajadores se perciben expuestos a conductas de acoso, donde los hombres presentan una diferencia significativa en relación a las mujeres, mostrando más conductas relacionadas a la dimensión de “entorpecimiento del progreso”. Así mismo la conducta de que más afecta a los trabajadores es “Los superiores no lo dejan expresarse o decir lo que tiene que decir” y la que menos les afecta es “le cortan sus iniciativas y no le permiten desarrollar sus ideas”. En el caso del giro de la empresa existe mayor presencia del factor “intimidación manifiesta” en el sector servicio que en el de comercio, lo cual significa que las personas de este sector tienden a presentar amenazas de forma directa, no disimulada, incluso en público. El acoso laboral es una problemática existente la cual tiende a tolerarse sin embargo no debe ser así, el trabajo presentado arroja datos a tomar en cuenta, para el desarrollo de estrategias de intervención y manejo de este fenómeno.

Palabras clave: acoso laboral, PyMES, LIPT-60, Leyman

INTRODUCCIÓN

En la actualidad el acoso laboral o *mobbing* es un término con el que se identifica la acción de un hostigador u hostigadores de producir miedo o terror en el trabajador afectado su labor. Esta persona o grupo de personas reciben una violencia psicológica injustificada a través de actos negativos y hostiles en el trabajo por parte de sus compañeros o superiores, de forma recurrente, durante un tiempo prolongado, a lo largo de meses e incluso años (Leymann, 1990), que por el hecho de estar subordinados los pone en una situación de vulnerabilidad constante.

Este concepto de *mobbing*, no es algo nuevo, en la actualidad ha sido difícil que se establezca una definición clara al respecto, el hostigamiento no se ha descubierto en nuestro tiempo, sino que es tan antiguo como el ámbito laboral, lo que sí, es que estamos de acuerdo con Bosqued en el 2005, (citado por Astete en 2015), respecto a que “no estamos frente a un fenómeno nuevo, sino ante una conciencia nueva del fenómeno”, esto debido a que en los últimos años, se ha venido aumentando la violencia laboral en las organizaciones, ocasionando con ello estresores entre los trabajadores, volviéndolos vulnerables ante ésta situación violenta.

El *mobbing*, es considerado un severo estresor psicosocial que puede afectar seriamente el funcionamiento cotidiano de aquellos que lo padecen, reflejado en problemas de salud de los trabajadores, alteración de su rendimiento laboral dentro de la empresa; así mismo conlleva a que el empleado reduzca el crecimiento de la empresa y provoque pérdidas para la misma (Piñuel, 2015). Probablemente por encontrarse en un estado de indefensión por la vulnerabilidad que representa el hecho de ser trabajador, tomando en cuenta el estar o no de forma eventual o de planta.

También es importante señalar como el área de Recursos Humanos, participa en la generación, fomento o prevención de la violencia organizacional de acuerdo a Rodríguez (2015), en donde señala que es quien puede identificar los factores individuales que se dan dentro de la organización, para poder analizar las consecuencias que tiene sobre los trabajadores y poder prevenir que tan saludable o violenta es la relación entre compañeros, jefes y subordinados, para de-

terminar situaciones de violencia laboral, tomando en cuenta la opinión y percepción del personal y poder así establecer estrategias que permitan la intervención del área.

Las pequeñas y medianas empresas (PyMES) de acuerdo a Hernández, Pelcastre, Reynoso y Suárez (2009), desempeñan un papel importante, ya que son el centro del sistema económico de nuestro país, por lo cual, se basan en asegurar el mercado de trabajo mediante la descentralización de la mano de obra, para el correcto funcionamiento del mercado laboral, por lo cual se han llevado a cabo diversas investigaciones en las cuales se trata de analizar la perspectiva que presenta el trabajador en su vida laboral, personal, social y de salud.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El *mobbing*, es un término científico que describe un comportamiento individual o de grupo en el que se establecen relaciones de acoso y hostigamiento entre dos o más integrantes de un equipo de trabajo, llegando a provocar un clima de hostilidad y violencia entre acosador y víctima que deteriora el buen desempeño y la salud de las personas, así como provocar un daño psicológico. A pesar de esto se confunde con “conflictos entre personas” lo cual provoca que sea tolerado, o en su defecto trivializado, tanto por los supervisores y/o encargados del área afectada (García, Bermúdez, Sierra y Paredes, 2011).

El *mobbing* se ha considerado como un estresor social severo, como un acontecimiento traumático vital, como una epidemia silenciosa que provoca insatisfacción laboral, malestar psicológico y problemas psicosomáticos y físicos, al respecto Saez y García (2001) afirman que las consecuencias para los trabajadores, las organizaciones y la sociedad son devastadoras, ocasionando con ello algunos de los siguientes efectos o ámbitos:

Efectos psicológicos. Las víctimas de *mobbing* pueden responder a este fenómeno de maneras distintas, con reacciones emocionales de miedo, enojo, paranoia, ansiedad, depresión, dolor, desesperación o vulnerabilidad. El miedo puede conducir al individuo a un juego de roles y/o asumir conductas distintas a las que está acostumbrado a realizar,

una de ellas es actuar agresivamente (Ireland y Snowden, 2002). También surgen problemas de pareja, con los hijos y demás familiares debido a problemas de comunicación, se deterioran las relaciones y se presenta aislamiento en los afectados (Boada, De Diego y Vigil, 2003).

En el ámbito social, la víctima experimenta estrés laboral, depresión, irritación, manifestaciones psicósomáticas, baja autoestima y ansiedad, siendo estos los principales motivos por los cuáles las personas acuden a consulta médica o psicológica (Boada, De Diego y Vigil, 2003).

En cuanto a efectos laborales, propicia una baja productividad, un clima laboral deficiente, interferencias en los circuitos de información y de comunicación, descenso de la creatividad e innovación, despreocupación por la satisfacción de los clientes, aumento de consultas médicas, elevados riesgos de accidentes por descuido y desatención de las actividades laborales (Luna, 2003)

Las empresas deben cumplir con una serie de estrategias para la prevención del fenómeno y en caso de detectarlo buscar posibles soluciones para erradicarlo lo más pronto posible (Piñuel y Oñate, 2003).

Detectar el *mobbing* no ayuda únicamente a los trabajadores, sino que también, beneficia a las empresas para evitar una disminución de productividad, falta de eficiencia por el mal clima de trabajo, aumento del tiempo de trabajo perdido en bajas laborales, enfermedades, accidentes e incapacidades, contratación de nuevo personal para sustituir a los que están en baja médica, nuevas capacitaciones para los de nuevo ingreso, pérdida de los mejores talentos, pérdida de comunicación entre miembros de la empresa, efectos negativos sobre la imagen y reputación de la misma, para que la cifra de resultados y/o productividad no descienda y ponga en peligro la economía de la empresa (López y Velázquez, 2003).

Algunas de las consecuencias del *mobbing* en el área laboral, se caracterizan por la aparición en los trabajadores de conductas de reclusión, evitación, retraimiento, conductas facilitadas y reforzadas por el aislamiento progresivo que el entorno laboral genera alrededor de la víctima, retirando-

se incluso algunos de sus amigos, que al ver la situación le dan la espalda y desaparecen, además se puede llegar a una baja de personal por estrés, durante la cual la organización puede llevar a cabo la disminución del sueldo y el despido del trabajador, logrando una imagen negativa de la persona en cuanto a su rendimiento y desempeño laboral (Piñuel y Zavala, 2001).

Monreal y Mejía (2013), indican que en una investigación realizada por la OCC mundial a más de 2,000 personas, de las cuales un 51% de profesionistas mexicanos han sido víctimas de mobbing. Se presentaron diversas formas de maltrato, rumores o calumnias 30%, aislar o excluir a la personas 18.6 %, insultos 18.5%, ignorar o no dejar participar 16.9% y amenazar 11%. Así mismo, el 8% admitió haber ejercido regularmente algún tipo de acoso a otro compañero, mientras que el 16.9% acepta haber ejercido alguna vez y el 82.2% afirma que nunca lo ha cometido. El 70% de entrevistados consideran que la posibilidad de ser acosados es igual para hombres como para mujeres, a pesar de que la prevalencia sea 2.5 veces a la mujer. Por otro lado, el 54% de los participantes considera que el acoso es generado por compañeros y el 46% indica que proviene de un superior.

A su vez, Pando (2014), reveló que entre el 7% y 8% de los trabajadores mexicanos, han sido víctimas de mobbing o acoso laboral, el estudio indica que la violencia genérica se da prácticamente en 80% de los trabajadores mexicanos, es decir, en algún momento de su trabajo han recibido alguna forma de violencia. De ese porcentaje, menos de 12% han recibido violencia psicológica constante en su lugar de trabajo y ese 8% de trabajadores sufren la violencia psicológica de manera sistemática con la intención de hacerlos sentir mal, de maltratarlos hasta cierto punto de que renuncian a sus empleos.

Para indagar la prevalencia de *mobbing* en una muestra de trabajadores de centros de atención a personas con discapacidad, Gil, Carretero y Luciano (2006), realizaron una investigación con una muestra compuesta por 696 trabajadores pertenecientes a 66 centros situados en la Comunidad Valenciana de España. El mobbing se midió mediante un cuestionario desarrollado a partir del Leymann Inventory of

Psychological Terrorization (Leymann, 1990). La prevalencia de mobbing fue del 18.97% (n = 132). No se obtuvieron diferencias significativas entre víctimas y no víctimas con respecto al género, pero sí se obtuvieron diferencias significativas en función de la antigüedad en la organización y del tipo de contrato, mismos que llevan a concluir que las acciones de mobbing pueden estar relacionadas con políticas y prácticas empresariales como el despido o la reducción de plantilla.

Por otro lado, González y Graña (2009), analizaron la prevalencia del acoso psicológico en el lugar de trabajo y las distintas características asociadas a dicho fenómeno en una muestra multiocupacional, mediante un diseño descriptivo. La muestra estuvo compuesta por 2,861 trabajadores de la población española pertenecientes a distintos sectores de actividad laboral, empleándose para ello un instrumento específico de medida del acoso laboral, el Negative Acts Questionnaire - Revised (NAQ-R), (Einarsen y Raknes en 1997). Los resultados obtenidos señalan que el 14% de los participantes han sufrido conductas de acoso laboral durante los últimos seis meses.

Con el propósito de describir los niveles de *mobbing* y satisfacción laboral que presentan trabajadores de las PyMES, Salomón (2013), realizó una investigación descriptiva, con muestreo probabilístico, en 14 empresas, con un total de 209 trabajadores. Los instrumentos aplicados miden la Satisfacción Laboral y acoso y la violencia con los cuales se indicó que hay una relación entre ambas variables, indicando que entre menor sea la percepción del Acoso laboral (*Mobbing*) será mayor la presencia de la satisfacción en el trabajo. La presencia de la variable estudiada en la muestra evaluada de las 14 empresas participantes se encontró que, el nivel de *Mobbing* es bajo con un 97.1%, lo que indica que este fenómeno laboral es mínimo en estas empresas, así mismo la percepción del clima laboral es aceptable con un 56.9%.

En otra investigación realizada con el objetivo de identificar los comportamientos en torno al hostigamiento sexual y otras formas de violencia contra la mujer en el ámbito laboral de la maquiladora en los Estados de Sonora y Baja California por Scarone (2014). Se requirió de herramientas

de metodología cualitativa, como las entrevistas semiestructuradas y grupos focales, que se les hicieron a 31 trabajadoras de maquiladoras. Se identificó la violencia psicológica, física, económica, sexual, verbal y simbólica y se encontró una asociación entre expresiones de diversas formas de violencia laboral y el hostigamiento sexual con la organización del trabajo y la estructura laboral de la maquiladora.

Por último, se analizaron las formas de violencia laboral contra mujeres jornaleras agrícolas en tres comunidades de Sinaloa, Sonora y Baja California por Arellano (2014), para lo que se utilizó una metodología cualitativa, a través de entrevistas grupales que se les hicieron a ellas. Los resultados señalan que las trabajadoras reconocen la violación a sus derechos laborales, como no contar con servicios médicos para ellas y sus hijos, ni ingresos por faltar al trabajo cuando éstos enferman y menos opciones laborales durante el embarazo. A diario viven el acoso y el hostigamiento ejercido por hombres posicionados en distintas jerarquías laborales, pero no son pasivas ante la violencia, ya que diseñan estrategias de autocuidado.

El modelo utilizado en esta investigación fue el de Leymann debido a que clasifica las conductas de acoso en seis subescalas: desprestigio laboral, entorpecimiento del progreso, bloqueo de la comunicación, intimidación encubierta, intimidación manifiesta y desprestigio personal (González de Rivera y Rodríguez, 2003), con el objetivo de determinar el grado de prevalencia de Acoso Laboral en los trabajadores de las PyMES de Ciudad Obregón, para identificar posibles problemáticas en el entorno sociolaboral que fomenten la aparición de trastornos psicológicos, físicos y social.

MÉTODO

En el presente estudio participaron un total de 479 trabajadores de 30 Pequeñas y Medianas Empresas en Ciudad Obregón, de las cuales 18 son del sector comercial y 12 de servicios, en donde 251 hombres (52.4%) y 228 mujeres (47.6%), con edades entre los 18 y 50 años y una media de 25 años.

El instrumento utilizado para medir acoso fue el LIPT 60, en la versión de González de Rivera y Rodríguez (2003),

el cual brinda a quien lo aplica frecuencia e intensidad de diferentes conductas de acoso percibidas, en un rango de 0 a 4, a través de seis subescalas:

- Desprestigio laboral. Conformado por las estrategias de acoso en el trabajo en las que se produce un descrédito o desprestigio, o mediante la distorsión en la comunicación (como rumores o calumnias) o de medidas restrictivas y de agravio, minimizando u ocultando sus logros (α Cronbach = 0.94).
- Entorpecimiento del progreso. Se refiere a un bloqueo sistemático de la actividad laboral, degradando al residente con tareas inapropiadas en forma o contenido, de acuerdo con sus competencias (α Cronbach = 0.88).
- Bloqueo de la comunicación. Constituido por conductas que promueven la incomunicación dentro del área laboral, como ignorar su presencia, no responder a sus preguntas, no dejarlo hablar, etcétera (α Cronbach= 0.92).
- Intimidación encubierta. Se refiere a amenazas y daños ocultos que predominantemente no dejan “huella” o se realizan de manera “limpia”, sin que se puedan determinar responsables específicos (α Cronbach= 0.83).
- Intimidación manifiesta. Consiste en amenazas o restricciones impuestas de forma directa, no disimulada, incluso en público, tales como amenazas verbales, gritos o ridiculización (α Cronbach= 0.84).
- Desprestigio personal. Referente al descrédito o desprestigio de la vida personal y privada (no la laboral) de la persona, mediante la crítica, la burla y el denigrar de su forma de ser, vivir y pensar (α Cronbach= 0.84).

Además, ofrece información a través de tres índices: número total de conductas de acoso psicológico, índice medio de intensidad de las conductas de acoso psicológico e índice global de acoso psicológico.

La consistencia interna de la escala total tuvo un α Cronbach de 0.968 y los siguientes valores α Cronbach para cada una de sus subescalas: desprestigio laboral, 0.915; entorpecimiento del progreso, 0.799; bloqueo de la comunicación,

0.842; intimidación encubierta, 0.828; intimidación manifiesta, 0.756 y desprestigio personal, 0.776.

La prevalencia de trabajadores afectados por la exposición a situaciones y comportamientos de acoso moral será calculada con base en la distribución anotada en la siguiente tabla (Acosta, Pando, Aranda y Aldrete (2005):

Tabla 1
Distribución de prevalencia de mobbing

Respuestas positivas	Clasificación
Cero	No expuestos a comportamientos y situaciones de violencia psicológica ni acoso moral en el trabajo.
1 a 29	Expuestos a comportamientos y situaciones de violencia psicológica mas no afectados por el acoso moral en el trabajo.
30 ó más	Experimentan y se sienten afectados por comportamientos y situaciones de acoso moral.

Para el presente trabajo se realizó el levantamiento de información en diferentes PyMES de Ciudad Obregón, donde se solicitó permiso previo contactando con los dueños o encargados de la misma para aplicar instrumentos que permitan evaluar el acoso laboral. El levantamiento se realizó por medio de diversos encuestadores, los cuales se asignaron a las diferentes empresas, de tipo industrial y comercial, una vez levantada la información se procedió a foliar, capturar en SPSS y limpiar la base de datos para asegurar una captura objetiva, posteriormente se realizaron análisis descriptivos para obtener los primeros resultados y se corrieron comparaciones de medias por medio de T de Student para conocer la existencia de diferencias significativas entre los resultados del instrumento y algunas variables demográficas.

RESULTADOS

De acuerdo con los resultados obtenidos se puede apreciar en la tabla 2, que del total de los trabajadores el 12.3% expresa no estar expuesto a conductas de acoso (6.7% hombres y 5.6% mujeres) mientras que el 87.8% se percibe ex-

puesto (45.7% hombres y 42% mujeres) lo cual indica que han presentado mínimo una conducta de acoso. Cabe mencionar que el criterio utilizado para medir la exposición a comportamientos de acoso fueron todas aquellas respuestas distintas de cero.

Tabla 2
Presencia de conductas de acoso en trabajadores por sexo

	No expuestos	Expuestos	Total
Hombre	32 (6.7%)	219 (45.7%)	251 (52.4%)
Mujer	27 (5.6%)	201 (42%)	228 (47.6%)
Total	59 (12.3%)	420 (87.7%)	479 (100%)

Así mismo en la tabla 3, se puede apreciar la población expuesta, la cual es representada por el 87.7% de los trabajadores y ostenta una prevalencia (trabajadores expuestos y afectados) de 14.4% lo cual indica que ese porcentaje de participantes presenta más de la mitad de las conductas presentadas en este instrumento, siendo un 7.9% para el sector comercial y un 6.5% para el de servicio.

Tabla 3
Prevalencia de Acoso Laboral por sector.

	No expuestos	Expuestos no afectados	Expuestos afectados	Total
Comercial	37 (7.7%)	2 0 9 (43.6%)	38 (7.9%)	2 8 4 (59.3%)
Servicio	22 (4.6%)	1 4 2 (29.6%)	31 (6.5%)	1 9 5 (40.7%)
Total	59 (12.3%)	3 5 1 (73.3%)	69 (14.4%)	4 7 9 (100%)

En relación con lo anterior, en la tabla 4 se presenta las 10 conductas de acoso más utilizadas y el porcentaje de trabajadores afectados por cada una de las conductas, así como la intensidad y la desviación estándar correspondiente. El orden de las 10 estrategias más utilizadas es el siguiente: Sus superiores no le dejan expresarse o decir lo que tiene que

decir, lo interrumpen cuando habla, y, por último, le ponen en ridículo.

Tabla 4
Conductas de acoso más utilizadas

	%	M e - D s	dia
Sus superiores no le dejan expresarse o decir lo que tiene que decir	237 (49.4%)	1.69	0.871
Lo interrumpen cuando habla	231 (48.2%)	1.61	0.872
Critican su vida privada	214 (44.6%)	1.42	0.811
Sus compañeros le dificultan la expresión o no le dejan hablar	211 (44.0%)	1.5	0.807
Critican su trabajo	208 (43.4%)	1.61	0.889
Controlan de manera muy estricta su horario	169 (35.2%)	1.74	1.01
Le gritan o le regañan en voz alta	153 (31.9%)	1.57	0.894
Le calumnian y murmuran a sus espaldas	152 (31.7%)	1.62	0.898
Exageran sus fallos o errores	151 (31.5%)	1.6	0.924
Le cortan sus iniciativas, no le permiten desarrollar sus ideas	140 (29.2%)	1.51	0.877

Por otro lado, en lo que respecta a la intensidad de estas conductas de acuerdo a los subfactores del instrumento, la tabla 5 muestra la incidencia de estos comportamientos, los cuales tienden a presentar mayormente nula la intensidad sin embargo se reportan casos en un nivel tres (Mucho), lo cual da una idea del alcance del espectro de conducta.

Tabla 5
Incidencia por factores de acoso

	0 nulo	1 poco	2 modera- do	3 mu- cho
Desprestigio laboral	4 (85.8%)	1 (11.1%)	1 (2.9%)	3 (2%)
Entorpecimiento del progreso	4 (90.6%)	3 (7.7%)	4 (1.7%)	0 (0%)

Tabla 5 (continuación).
Incidencia por factores de acoso

	0 nulo			1 poco			2 modera- do			3 mu- cho			
Bloqueo de comunicación	4	3	0	42 (8.8%)	6 (1.3%)	1 (2%)	(89.8%)						
Intimidación encubierta	4	4	4	30 (6.3%)	5 (1%)	0 (0%)	(92.7%)						
Intimidación manifiesta	3	8	7	7 (15.2%)	3	17 (3.5%)	2	(80.8%)					
Desprestigio personal	4	3	9	29 (6.1%)	10 (2.1%)	1 (2%)	(91.6%)						

Posteriormente se procedió a la utilización de la prueba T de Student para conocer la influencia de las conductas de acoso sobre algunas variables demográficas, sin embargo, como se aprecia en la tabla 6, solo se encontraron diferencias en la variable sexo donde se observó, que los hombres presentan puntajes significativamente mayores que las mujeres lo cual, indica que las conductas de acoso influyen más en los hombres que en las mujeres.

Tabla 6
Comparación de medias entre sexo y número de conductas de acoso

	Hombre	Mujer	t	p
Número de conductas de acoso	14.25	11.73	1.966	.050

Como se observa en la tabla 7, se compararon medias entre los factores del instrumento y los datos demográficos encontrándose diferencias significativas para el sexo como para el giro empresarial, donde los hombres presentan puntajes mayores que las mujeres en el factor de entorpecimiento del progreso.

Tabla 7
Comparación de medias entre sexo y factores de acoso.

	Hombre	Mujer	t	p
Desprestigio laboral	6.33	5.22	1.524	.128
Entorpecimiento del progreso	2.57	1.75	2.721	.007
Bloqueo de la comunicación	3.14	2.61	1.404	.161
Intimidación encubierta	1.68	1.26	1.594	.112
Intimidación manifiesta	3.33	2.97	1.119	.264
Desprestigio personal	2.25	1.75	1.739	.083

De acuerdo a lo expuesto en la tabla 8, en relación con el giro de la empresa, se encontraron que en el sector servicio se presentan puntajes significativamente mayores que el de comercio, en el factor de intimidación manifiesta, presentando amenazas o restricciones impuestas de forma directa, no disimulada, incluso en público, tales como amenazas verbales, gritos o ridiculización.

Tabla 8
Comparación de medias entre giro y factores de acoso.

	Comer- cial	Servicio	t	p
Desprestigio laboral	5.44	6.34	-1.226	.221
Entorpecimiento del progreso	1.99	2.46	-1.523	.128
Bloqueo de la comunicación	2.72	3.13	-1.063	.288
Intimidación encubierta	1.39	1.63	-.891	.374
Intimidación manifiesta	2.86	3.60	-2.258	.024
Desprestigio personal	1.95	2.11	-.562	.574

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo de este trabajo fue de determinar el grado de prevalencia de acoso laboral en los trabajadores de las Py-MES de Ciudad Obregón para la identificación de posibles

problemáticas en el entorno sociolaboral. Se encontró que el 87.8 % de los trabajadores se percibe expuesto a conductas de acoso, esto coincide con el estudio realizado por Monreal y Mejía (2013) en donde el 51% de profesionistas mexicanos han sido víctimas de mobbing, así como en el de Pando (2014) en el cual el 80% de los trabajadores mexicanos han recibido alguna forma de violencia, y el de Gonzalez y Graña (2009), quienes obtuvieron de una muestra de 2,861 trabajadores de la población española pertenecientes a diferentes sectores que el 14 % de los participantes han sufrido conductas de acoso laboral.

Por otra parte en relación al sexo, los resultados obtenidos respecto al acoso laboral, indican que los hombres presentan una diferencia mínima, pero no significativa, en relación a las mujeres, esto es, que se encuentra mayormente expuestos a conductas de acoso. Lo anterior concuerda con la investigación de Gil, Carretero y Luciano (2006) con una muestra de 696 trabajadores en donde no se obtuvieron diferencias significativas entre víctimas y no víctimas en relación al género.

En relación a las conductas de acoso más utilizadas se encontró que lo que más les afecta, es donde sus superiores no lo dejan expresarse o decir lo que tiene que decir, interrumpiendo cuando habla o poniéndolo en ridículo frente a sus compañeros, y la que menor le afecta es respecto a que le cortan sus iniciativas y no le permiten desarrollar sus ideas.

Así mismo los datos dejan ver como el espectro de incidencia aunque en mayoría se percibe como nulo existen casos que mencionan presentar mucho estas conductas, siendo mucho un nivel tres en un rango de cero a cuatro.

Cabe mencionar que al comparar sexo con los factores de acoso se encontró que los hombres sufren más de “entorpecimiento del progreso”, es decir, un bloqueo sistemático de la actividad laboral y en el caso del giro de la empresa existe mayor presencia de “intimidación manifiesta” en el sector servicio que en el de comercio, lo cual significa que las personas que trabajan en este sector tienden a presentar amenazas o restricciones impuestas de forma directa, no disimulada, incluso en público, tales como amenazas verbales, gritos o ridiculización.

Hablar de acoso laboral es hablar de una problemática existente dentro de la actividad laboral, la cual tiende a tolerarse sin embargo no debe ser así, el trabajo presentado arroja datos a tomar en cuenta, para el desarrollo de estrategias de intervención y manejo de este fenómeno, ya que los trabajadores manifiestan sí estar expuestos y sentirse afectados por conductas de acoso moral en sus sitios de trabajo.

Como se observó de acuerdo con la evidencia empírica obtenida, lo encontrado es consistente con los resultados de otros estudios en diferentes partes del mundo. Lo que invita a la reflexión sobre la globalidad de la problemática independientemente de la cultura o región, como ya se mencionó su presencia es constante, por tanto, requiere de mayores esfuerzos no sólo para denunciar su existencia y sus formas de accionar, sino para la búsqueda de prácticas de intervención que permitan detectarlo de manera oportuna y en donde quiera que éste se presente, así como concientizar a los trabajadores sobre las formas de prevenirlo, finalmente es imperante comprometer a las autoridades del trabajo y a los empresarios sobre su participación en la atención de esta problemática, la cual no es nueva y puede quebrantar la salud de los trabajadores.

Algunas de las recomendaciones que proporciona Felipe Uribe (2011), pueden estar orientadas a concientizar e identificar el acoso y las acciones que se derivan como consecuencias de este, primero hay que tomar en cuenta como se mencionó anteriormente su frecuencia y duración para poder determinar si en realidad se trata de un acoso o solo una conducta negativa o agresiva aislada, para poder llevar a cabo una acción o encontrar la estrategia necesaria que permita enfrentar el problema. Dado que los efectos del acoso son multicausales, su origen puede ser diagnosticado en diferentes niveles para realizar una estrategia o intervención, lo importante es identificar cuando el ambiente es la causa del acoso y cuando en realidad es un efecto social, eliminando a este como una situación estrictamente personal que puede originar problemas de algún tipo en el ambiente laboral.

Sin embargo, para poder realizar estos cambios de forma personal u organizacional, es necesario identificar clara-

mente el fenómeno, para poder comprenderlo y poder actuar racionalmente (Uribe, 2011), ya que como seres humanos estamos dados a responder instintivamente cuando nos vemos amenazados ante una situación que consideramos agresiva o invasiva, o como en este caso de acoso laboral.

Al respecto Garza (citado por Uribe en 2011), recomienda en una situación de acoso: Contactar supervisores o personal relacionado con recursos humanos, contactar a los niveles más altos de la organización, al servicio de salud y seguridad ocupacional, solicitar el traslado a otro puesto de trabajo, recolectar evidencia, una fotografía con su celular podría ayudar, también identificar a los que se considera sean sus aliados, el compartir experiencias con los demás que hayan vivido situaciones similares y si considera necesario pedir asesoría jurídica o legal, para iniciar una demanda por acoso laboral como lo establece la Ley Federal del Trabajo H. Congreso de la Unión (2015).

Es importante por ello, tener un comportamiento asertivo, contar con redes de apoyo social para disminuir los efectos psicosociales que esto provoca, al respecto Garza (citado por Uribe en 2011), menciona que la OMS recomienda que las organizaciones, sindicatos, comunidad legal y sobre todo los trabajadores, se coordinen o apoyen para concientizar al trabajador en cuanto a comportamiento ético, confianza en el profesionalismo, clima de tolerancia y una actitud favorable que permita modificar la cultura de la organización y valores de todos los que laboran en la misma. Finalmente, se reconoce que aún falta mucho por hacer en una sociedad cada vez más inclinada a discernir entre la normalidad y lo que no lo es, ya que identificar el problema no es un asunto sencillo debido que requiere se analicen las consecuencias que el comportamiento genera, dentro de los cuales se encuentran aspectos sociales, organizacionales y personales del acoso laboral, con motivo de poder desarrollar acciones concretas al respecto.

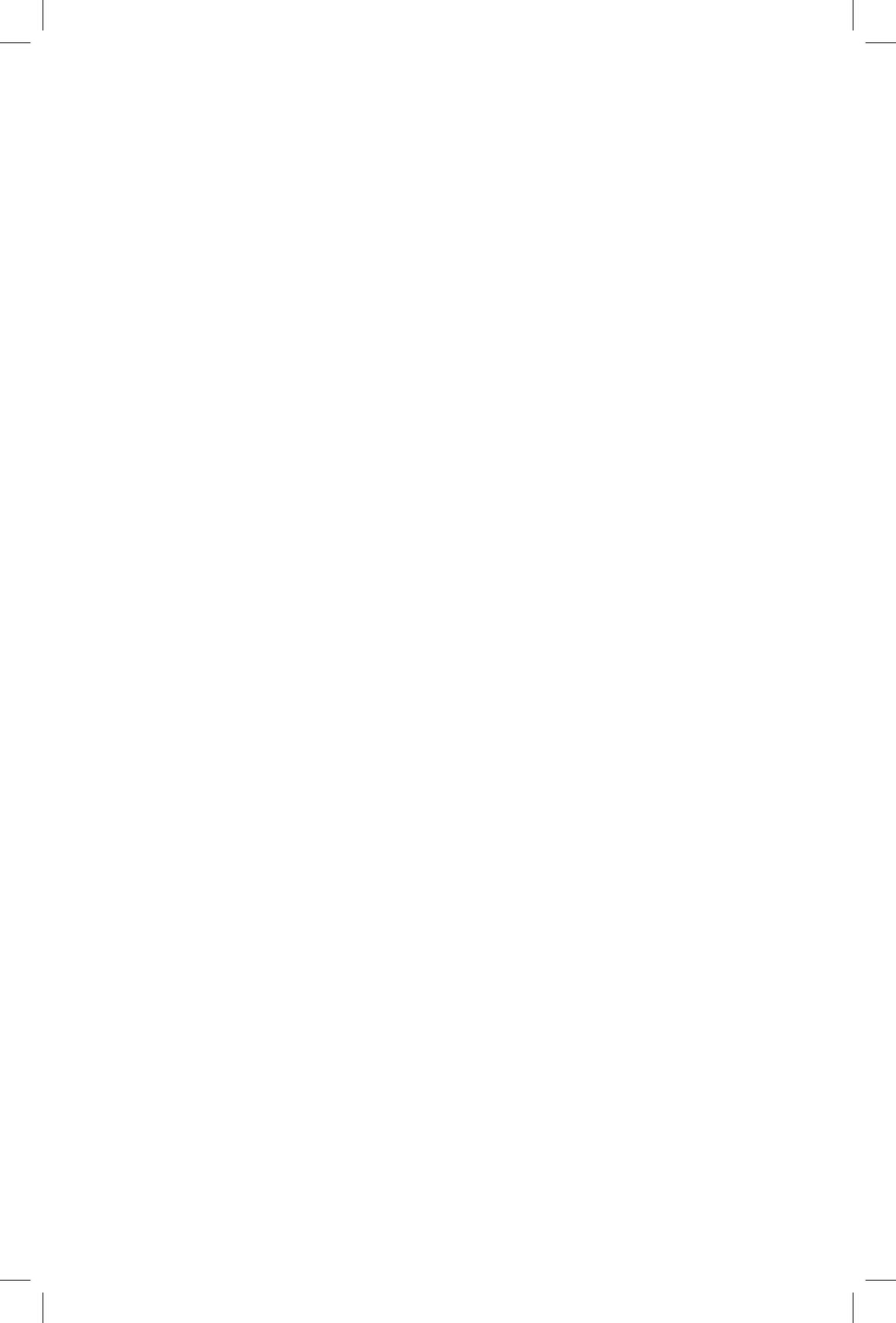
REFERENCIAS

- Acosta, M., Pando, M., Aranda, C. y Aldrete, M. (2005). El acoso moral en el trabajo en los empleados del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara. *Investigación en Salud*, 7(1), 16-23.
- Arellano, M. (2014). Violencia laboral contra jornaleras agrícolas en tres comunidades del noroeste de México. *El colegio de Sonora*. ISSN 1870-3925. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/regsoc/v26nespecial4/v26nespecial4a7.pdf>
- Astete, J. y Sanhueza, H. (2010). Acoso moral en el trabajo, basado en un estudio exploratorio en personal de ventas de grandes tiendas de la Ciudad de Valdivia. (*Tesis de licenciatura en Administración*). Recuperado de: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2010/fem693a/doc/fem693a.pdf>
- Boada, J.; De Diego, R. y Vigil, A. (2003). Mobbing: análisis de las propiedades psicométricas y estructura factorial de cuatro escalas. *Revista Encuentros en Psicología Social*, 1, (5).
- Einarsen, S., y Raknes, B.I. (1997). Harassment at work and victimization of men. *Violence and Victims*. 1(2), 247-263.
- García, B., Mendoza, I. y Cox, J. (2014). La cara oculta del mobbing: Aplicación de la escala Cisneros en una planta maquiladora en México. *Contaduría y Administración* 59 (1), 175-193
- García, G., Bermúdez, F., Sierra, N. y Paredes, L. (2011). Acoso Psicológico en el Trabajo “Mobbing”. *Revista Científica Electrónica de Psicología*, 13, (17), 11- 93.
- Gil, P., Carretero, N. y Luciano, J. (2006). Prevalencia del mobbing en trabajadores de centros de asistencia a personas con discapacidad. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones* 22, (3), 275-291.
- González, D, y Graña, J. (2009). El acoso psicológico en el lugar de trabajo. *Psicothema*, 21(2), 288-293.
- González de Rivera J., Rodríguez-Abuín M. (2003). Cuestionario de estrategias de acoso psicológico: el LIPT-60 (LeymannInventoryofPsychologicalTerrorization) en versión española. *Psiquis* 2003; 24:59-69 (consultado 2010 Ago 13). Disponible en http://www.gonzalezderivera.com/art/pdf/03_A169_01.
- Hernández , D., Pelcastre. A, Reynoso, A. y Suárez, V. (2009). Impacto económico de las PyMES en México. *Tesis. Escuela Superior de Comercio y Administración Santo Tomás*. Recuperado de https://scholar.google.com.mx/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=impacto+econ%C3%B3mico+de+las+pymes+en+m%C3%A9xico&btnG=
- Ley Federal del Trabajo (2015). H. Congreso de la Unión. (Última reforma publicada). México: Cámara de Diputados.
- Ireland, J. y Snowdem, P. (2002). Bullying in secure hospitals. *The Journal of Forense Psychiatry*, 13, 3, 538-554.

- Leymann, H. (1990). The content and development of mobbing at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5 (2), 165-184.
- López, M. y Vázquez, P. (2003). *Mobbing. Cómo prevenir, identificar y solucionar el acoso psicológico en el trabajo*. Madrid: Editorial Pirámide.
- Luna, A. (2003). *Acoso psicológico en el trabajo (mobbing)*. Madrid: Secretaria de Salud Laboral.
- Monreal R., y Mejía R. (2013). El mobbing o acoso moral. (Informe 3718-VII). *Gaceta Parlamentaria*. Recuperado de <http://gaceta.diputados.gob.mx/Black/Gaceta/Anteriores/62/2013/feb/20130228-VII/Iniciativa-15.html>
- Pando, M. (2014). El Mobbing y los Síntomas de Estrés en Docentes Universitarios del Sector Público. *Cienc Trab*. 16(49) Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/cyt/v16n49/art08.pdf>
- Piñuel, I. y Zavala, I., (2001). *Mobbing. Cómo sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo*. 58- 182. Madrid: Sal Térrae
- Piñuel, I. y Oñate, A. (2003). *El mobbing o acoso psicológico en el trabajo en España*. Congreso Internacional Virtual: Intangibles e Interdisciplinariedad, 1-20. Madrid: Instituto de Innovación Educativa y Desarrollo Directivo.
- Piñuel, I. (2015). Evaluación psicológica del acoso psicológico en el trabajo o mobbing en España mediante el cuestionario Cisneros. (*Tesis doctoral*,). Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/33106426.pdf>
- Rodríguez, H. (2015). Violencia Organizacional: relación con Recursos Humanos, Mobbing y síntomas de enfermedad. (*Tesis doctoral*). Recuperado de <http://132.248.9.195/ptd2015/septiembre/089347720/Index.html>.
- Saez, M. y García, M. (2001). Violencia psicológica en el trabajo: el mobbing. En J. Buendía (ED.), *Empleo, estrés y salud*. Madrid: Pirámide.
- Salomón, M. (2013). Percepción del Acoso y la Violencia en empleados de las PyMES y su Satisfacción Laboral. (Tesis de licenciatura,). Recuperado de http://biblioteca.itson.mx/dac_new/tesis/688_salomon_maria.pdf
- Scarone, M. (2014). Violencia laboral intramuros. Hostigamiento sexual y otras formas de violencia contra la mujer en las maquiladoras de Sonora y Baja California. Derechos reservados de *El Colegio de Sonora*, ISSN 1870-3925. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/regsoc/v26nespecial4/v26nespecial4a6.pdf>
- Uribe, F. (2011). *Violencia y acoso en el trabajo. Mobbing*. México: Manual Moderno.

SECCIÓN II

**VULNERABILIDAD EN LAS
ETAPAS DEL DESARROLLO**



FACTORES DE VULNERABILIDAD EN ADOLESCENTES DE COMUNIDADES RURALES

Guadalupe de la Paz Ross Arguelles
María Teresa Fernández Nistal
Mercedes Idania López Valenzuela
Keyla Amaday Pillado Higuera
Instituto Tecnológico de Sonora

RESUMEN

Este estudio trata de identificar los factores de vulnerabilidad en comunidades rurales, haciendo especial énfasis en los adolescentes, ya que constituyen un grupo socialmente vulnerable, desde la perspectiva de los padres. La presente investigación presenta un diseño no experimental con enfoque cuantitativo, con un alcance descriptivo. Los participantes seleccionados para esta investigación fueron familias de 2 comunidades rurales. El cuestionario se aplicó a los padres de familia del Ejido Francisco Javier Mina (Campo 60), localizada en el sur del Estado de Sonora y otra en Tizimín en el Estado de Yucatán. Se encuestaron 50 familias de cada comunidad. El incremento en el consumo de alcohol, las drogas, si bien representan ya por sí solos un problema grave de salud pública; aunando a ello los problemas que aquejan a las comunidades rurales, entre ellos: alimentación, trabajo, salud y educación, se hace necesario investigar las repercusiones en la familia y por ende en la sociedad a la que pertenece. Al evaluar todos estos factores de vulnerabilidad cabe mencionar que el efectuar procedimientos de cambios en comunidades rurales son necesarias una serie de adaptaciones para una mejor integración educacional y familiar.

Palabras Clave: factores de vulnerabilidad, adolescentes, comunidades rurales

INTRODUCCIÓN

El impacto que produce la diversidad cultural en los distintos territorios de nuestro país, puede verse reflejada en diversos comportamientos humanos de las diferentes comunidades territoriales. Las familias mexicanas que se sitúan en comunidades rurales e indígenas presentan un estado

socioeconómico poco favorable y con escasas oportunidades de crecimiento para sus familias. En el censo llevado a cabo en el 2001, se registró un aumento de la pobreza de 44.5 a 52.4 millones de personas entre 1992 y 2002. Muestra que la pobreza es inadecuada para alcanzar satisfacer requisitos nutricionales mínimos diarios, y que estas carencias son mucho más severas en comunidades rurales (INEGI 2001). Por otro lado, en los años 2012 y 2014 el porcentaje de población en pobreza se incrementó de 45.5 a 46.2 por ciento. Tanto la reducción del ingreso por hogar entre 2012 y 2014 como la dinámica demográfica fueron factores en el incremento de la pobreza en este periodo (CONEVAL 2014).

La familia representa la principal institución social de formación para los hijos y es la responsable de que se desarrollen exitosamente en lo afectivo, sexual, intelectual y social; esto permite indagar más de la conformación de la familia y como esta es de apoyo. Por otro lado, en un estudio realizado por Palacios y Palacios (2002), explican que la familia ocupa un lugar privilegiado como agente socializador primario y vive una de sus principales crisis cuando los hijos llegan a la adolescencia y confrontan fuertemente la congruencia y solidez de la forma como se ejerce la autoridad en la crianza.

La familia es una de las principales trasmisoras de información sobre lo deseable, ya que es a través de ésta que se transmiten los patrones de endoculturación, reglas, normas, usos y costumbres, formas de ser y los roles esperados para cada sexo en función de lo que dicta la cultura (Díaz Guerrero, 2007). La familia a través del tiempo trae consigo su aprendizaje cultural donde pone en práctica sus costumbres y estas las va heredando a sus descendientes. Así mismo Quilodrán (2001), menciona que en la familia mexicana continúan los patrones de la familia de origen y extensa como lo son los abuelos, padres, tíos y otros familiares.

Romero, Sarquis y Zegers (1997) afirma que además de esta función, la familia cumple otras funciones, entre las que podemos destacar: La función biológica que se cumple cuando una familia da alimento, calor y subsistencia. La función económica, la cual se cumple cuando una familia entrega la posibilidad de tener vestuario, educación y salud.

La función educativa, que tiene que ver con la trasmisión de hábitos y conductas que permiten que la persona se eduque en las normas básicas de convivencia y así pueda, posteriormente, ingresar a la sociedad. La función psicológica, que ayuda a las personas a desarrollar sus afectos, su imagen y su manera de ser. La función afectiva, que hace que las personas se sientan queridas, apreciadas, apoyadas, protegidas y seguras. La función social, que prepara a las personas para relacionarse, convivir, enfrentar situaciones distintas, ayudarse unos a otros, competir, negociar y aprenderá a relacionarse con el poder. La función ética y moral, que trasmite los valores necesarios para vivir y desarrollarse en armonía con los demás.

Los factores sociales son determinantes en el incremento del número de embarazos durante la adolescencia. Los factores socioculturales influyen en la prevalencia del embarazo durante la adolescencia (Acosta y Cárdenas, 2012). Los problemas de adicciones son parte de la sociedad puesto que en el estudio más reciente realizado por el INEGI (2015) sobre las adicciones, el estado de Sonora ocupa el sexto lugar a nivel nacional en consumo de alcohol en jóvenes de un rango de edad de los 10 a 29 años, quienes han probado dicha bebida alguna vez en su vida.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según Castellón y Ledesma (2012) el funcionamiento familiar es un concepto de características relativamente estables, por medio de las que se relacionan internamente como grupo humano, los sujetos que la conforman. Es el conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confieren identidad propia. La dinámica relacional conforma la calidad del ambiente y la atmosfera del hogar, le imprime al mismo, un clima desagradable, de tensión y regula el desarrollo del grupo familiar como un todo.

El ejercicio de estas funciones exige modificaciones a través del tiempo, ajustándose en cada momento al crecimiento y desarrollo evolutivo de los miembros que componen el sistema familiar (Mestre, Samper, Tur y Díez, 2001). Por otro lado Minuchin (1989), basa su modelo estructural

en la idea de que la familia es un sistema que opera por medio de pautas transaccionales como son la forma, el cuándo y con quién relacionarse, centrándose en las expectativas de los diversos miembros de la familia de acuerdo con el grado de cohesión que guardan entre sí. Cada uno de estos modelos enfatiza la importancia que tiene la estabilidad y el buen funcionamiento del sistema familiar para lograr un óptimo desarrollo de sus miembros.

Verdugo et al (2014) reportan en un estudio donde se manejó la relación del clima familiar con el proceso de adaptación social de adolescentes, la familia juega un papel crucial donde brinda protección de influencia de los medios de comunicación, los cuales pudiesen ser influencias negativas para conductas inapropiadas en su entorno social. De nuevo se puede concluir referente al estudio que la familia es un aspecto fundamental para el desarrollo óptimo de sus miembros y la etapa de la adolescencia es donde se pueden observar con mayor vulnerabilidad.

De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística Geográfica (INEGI 2014), publicó a través del artículo “Las mujeres en Sonora” que del total de mujeres de 15 años y más, enunció sufrir violencia, intimidación en el ámbito de su comunidad y abuso sexual. Estos últimos datos son menores al promedio nacional.

En un estudio realizado por el Consejo Nacional de Población (CONAPO), describe que en el 2009 el uso de métodos anticonceptivos se incrementó en la mayoría de los grupos de edades del estado de Yucatán, menciona además que entre las adolescentes se continúa presentando la menor prevalencia anticonceptiva. En cuanto a la estructura de la fecundidad, ésta refleja continuidad en un patrón temprano, casi dilatado. Mientras tanto la tasa de fecundidad de las mujeres entre 15 y 19 años disminuirá. Esto refleja un antecedente de inexactitud de prevención en embarazos no deseados como lo representa la etapa de la adolescencia (CONAPO, 2014).

En un estudio realizado por García y Ayala (2001) en Tabasco, sobre factores socioeconómicos y culturales relacionados con el embarazo en adolescentes de una comunidad rural, demuestra que los diversos factores que contribuyen

al embarazo en adolescentes es la falta de escolaridad de los padres, inestabilidad familiar, nivel socioeconómico bajo, primaria incompleta en la adolescente, antecedente de ser hija de madre adolescente e ignorancia sobre el embarazo.

Por otro lado, Jiménez, Granados y Rosales (2017) mencionan que existen diferentes condiciones objetivas y subjetivas en el embarazo de adolescentes de una comunidad rural con características altas de marginalidad, se trata de unidades familiares caracterizadas por bajos ingresos, inserción laboral en procesos productivos precarizados, ocupaciones poco calificadas, sin seguridad social y temporales. El estudio muestra escases de flujos económicos los cuales afectan a las familias provenientes del sector comunitario.

OBJETIVO

Identificar los factores de vulnerabilidad que inciden en los adolescentes de familias de comunidades rurales en México, desde la perspectiva de los padres.

MÉTODO

La siguiente investigación presenta un diseño no experimental con enfoque cuantitativo, con un alcance descriptivo.

POBLACIÓN

Los participantes seleccionados para esta investigación fueron familias de 2 comunidades rurales. El cuestionario se aplicó a los padres de familia del Ejido Francisco Javier Mina (Campo 60), localizada en el sur del Estado de Sonora y otra en Tizimín en el Estado de Yucatán. Se encuestaron 50 familias de cada comunidad; cuyas edades de los padres de familia encuestados oscilaban dentro de los 16 y 81 años de edad.

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Para este estudio se utilizó el Cuestionario Diagnóstico Comunitario, sobre factores de riesgo, el cual tiene como objetivo proyectar un diagnóstico sobre los factores físicos, sociales, económicos y emocionales, que podrían incidir en los adolescentes. Este instrumento está conformado por cinco dimensiones diferentes: vivienda la cual consta de 10

reactivos, la dimensión de familia consta de 8, violencia intrafamiliar las primeras 5 preguntas son estilo Likert, las 5 preguntas restantes son dicotómicas. En salud son 23 preguntas, sexualidad consta de 10 y adicciones de 10, dando un total de 71 preguntas, 5 de forma Likert y 66 de modo dicotómicas. El presente instrumento fue elaborado con base a encuestas del Instituto Nacional de Estadísticas (INE, 2006), Santiago de Chile y del cuestionario ampliado del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2010).

PROCEDIMIENTO

La presente investigación se inició con la construcción del instrumento, para ello se realizó una búsqueda de bibliografía; mismo que fue validado por 4 expertos en el área, en cuanto al contenido, solicitándoles que juzgaran los siguientes aspectos: a) la composición de los ítems del instrumento, b) relevancia o congruencia de los reactivos según el contenido, c) la claridad en la redacción y d) tendenciosidad o sesgo en la formulación de las preguntas.

La aplicación del instrumento en la comunidad rural Francisco Javier Mina, se llevó a cabo por estudiantes de Psicología dentro del Curso de Intervención Psicosocial, con una participación total de 100 familias, con al menos un miembro en etapa adolescente

Para llevar a cabo la aplicación, se visitó casa por casa en ambas comunidades, solicitándoles la autorización a una persona adulta de preferencia padre o madre de familia, esto por el tipo de preguntas del cuestionario. Facilitando el espacio de su propio hogar para llevarlo a cabo, la duración de la aplicación del instrumento, fue de aproximadamente 20 minutos por familia.

Por último, se realizó la captura de los datos en el programa SPSS versión 21 para, obtener los análisis estadísticos.

RESULTADOS

En lo que respecta a las edades y etapas de cada integrante de las familias, se encuentra Campo 60 con una frecuencia de 70 adolescentes, posicionando su mayoría de la población encuestada en mencionada etapa. Por otro lado la

comunidad de Tizimín tiene una frecuencia de 101 en mayores de 20 años, su minoría con 18 situado la población infantil; (Ver Tabla 1).

Tabla 1
Edades y etapas de los integrantes de la familia

	Etapas	Edades	Frecuencia
C a m p o 60	Niños	1 a 11 años	41
	Adolescentes	12 a 19 años	70
	Adultos	20 en adelante	40
	Total		151
Tizimín	Niños	1 a 11 años	18
	Adolescentes	12 a 19 años	63
	Adultos	20 en adelante	101
	Total		182

La vivienda donde actualmente viven las familias encuestadas de la comunidad Campo 60 el 86% mencionó que la casa que habitan actualmente es propia, lo que representa en frecuencia a 43 familias. El 6% menciona habitar una vivienda prestada, esto indica en frecuencia a 3 familias, y el 8% indico habitar una vivienda rentada, constituye en frecuencia a 4 familias. Por otro lado las familias encuestadas en la comunidad de Tizimín, un 58% señalo habitar una vivienda propia, siendo un total de 29 familias. El 24% menciona habitar una vivienda prestada, representado por 12 familias, y el 18% nombro habitar una vivienda rentada siendo una frecuencia a 9 familias. La comunidad de Campo 60 cuenta con un mayor porcentaje en viviendas propias a la comunidad de Tizimín (Ver Tabla 2).

Tabla 2
La vivienda donde actualmente vive es:

	Tipo	Frecuencia	Porcentaje
Campo 60	Propia	43	86.00
	Prestada	3	6.00
	Rentada	4	8.00
	Total	50	100.00

Vulnerabilidad y Factores Psicosociales:

Tabla 2 (continuación).

La vivienda donde actualmente vive es:

	Tipo	Frecuencia	Porcentaje
Tizimín	Propia	29	58.00
	Prestada	12	24.00
	Rentada	9	18.00
	Total	50	100.00

En lo que respecta a las habitaciones que se utilizan para dormir en cada hogar censado la Tabla 3 muestra que 27 familias representan un 54% de la comunidad de Campo 60, usan 2 habitaciones para dormir, mientras que 12 familias con un 24% utilizan Una habitación para dormir. Por otro lado la comunidad de Tizimín refleja a 37 familias con un porcentaje del 74%, estar durmiendo juntos en sólo una habitación.

Tabla 3

Habitaciones que utilizan para dormir

	Cuartos	Frecuencia	Porcentaje
Campo 60	1	12	24.00
	2	27	54.00
	3	11	22.00
	Total	50	100.00
	Cuartos	Frecuencia	Porcentaje
Tizimín	1	37	74.00
	2	9	18.00
	3	4	8.00
	Total	50	100.00

Los servicios básicos con los que cuentan las viviendas de la comunidad Campo 60 el 100% de los hogares tienen energía eléctrica, y el 98% cuenta con agua potable. En la comunidad de Tizimín el 100% de las familias cuenta con energía eléctrica y agua potable (Ver Tabla 4).

Tabla 4
Servicios básicos con los que cuenta la vivienda

	Servicio	Frecuencia	Porcentaje
Campo 60	Cuenta con energía eléctrica	50	100.00
	Cuenta con agua potable	49	98.00
	No cuenta con agua potable	1	2.00
	Servicio	Frecuencia	Porcentaje
	Cuenta con energía eléctrica	50	100.00
Tizimín	Cuenta con agua potable	50	100.00

La Tabla 5 que muestra las personas que viven en el hogar, en la comunidad de Campo 60 las personas que habitan por hogar oscilan de 4 a 6 integrantes consta con una frecuencia de 21 familias dando un 42%, en cuanto a la comunidad de Tizimín las personas que habitan por hogar oscilan de 2 a 4 integrantes consta con una frecuencia de 40 familias dando un 80%; (Ver Tabla 9).

Tabla 5
Personas que viven en el hogar

	Numero	Frecuencia	Porcentaje
Campo 60	0-2	3	6.00
	2-4	15	30.00
	4-6	21	42.00
	6-8	11	22.00
	Total	50	100.00
Tizimín	0-2	1	2.00
	2-4	40	80.00
	4-6	8	16.00
	6-8	1	2.00
	Total	50	100.00

Como se puede observar en la Tabla 6 en lo que respecta al grado de escolaridad de la comunidad de Campo 60 denota a 45 personas sin escolaridad, 36 personas con primaria, 61 personas con secundaria, 40 personas en Media superior y solo 15 personas en universidad, mientras tanto en la comunidad de Tizimín 12 personas no tienen escolaridad, 60 tienen primaria, 82 tienen secundaria, 37 tienen educación media superior y solo 6 de nivel cuentan con educación a nivel Universitario lo cual denota un mínimo en ambas comunidades.

Tabla 6
Grado de Escolaridad de Integrantes de la familia

	Tipo	Frecuencia
Campo 60	Sin Escolaridad	45
	Primaria	36
	Secundaria	61
	Media Superior	40
	Universidad	15
Tizimín	Sin Escolaridad	12
	Primaria	60
	Secundaria	82
	Media Superior	37
	Universidad	6

En la ocupación de los integrantes de cada familia en la comunidad Campo 60 denota a 24 personas desempeñándose como jornaleros, 24 amas de casa y solo 2 personas están ejerciendo la profesión la cual estudiaron, por otro lado en la comunidad de Tizimín 30 personas son obreras, 45 son amas de casa y hay 0 profesionistas ejerciendo, lo cual refleja que en Tizimín un mayor número de mujeres se quede en casa cumpliendo las actividades cotidianas del hogar que en comparación de la comunidad Campo 60 (Ver Tabla 7).

Tabla 7
Trabajos u oficios de los integrantes de la familia.

	Campo 60	Tizimín
Oficio	fr	fr
Albañil	1	8
Ama de casa	24	45
Obrero	14	30
Jornalero	24	2
Comerciante	6	14
Estudiante	65	78
Limpieza domestica	6	4
Profesionista	2	0
Pensionados	4	1

Como se puede observar, en lo que respecta a la economía familiar la Tabla 8 que se ve reflejada en la comunidad Campo 60 indica que solo 27 personas ganan semanalmente de mil pesos o más, y en el mínimo del salario, 26 personas mencionaron ganar de quinientos a setecientos pesos semanales. Mientras tanto en la comunidad Tizimín indicaron que solo 15 personas ganan semanalmente mil pesos o más, y en el mínimo del salario 24 personas mencionaron ganar de quinientos a setecientos pesos semanales.

Tabla 8
Economía Familiar

	Salario Semanal	Frecuencia
Campo 60	Sin salario	83
	\$500-\$700	26
	\$700-\$900	24
	\$1000 o más	27
	Salario Semanal	Frecuencia
Tizimín	Sin salario	96
	\$500-\$700	24
	\$700-\$900	29
	\$1000 o más	15

En la Tabla 9 que presenta los resultados de cuántos casos de embarazos en adolescentes, ha habido en la familia, la comunidad Campo 60, refleja haber concebido por lo menos un embarazo en la etapa adolescente, lo que representa una frecuencia de 10 con un porcentaje de 20%. Por otra parte en la categoría de dos o más embarazos presenta una frecuencia de 4 familias y su porcentaje correspondiente de 8%, en lo que corresponde a la respuesta de cuatro o más concepciones refleja una frecuencia de 2 familias con el porcentaje correspondiente al 4% y 34 familias con el porcentaje de 68% respondieron no haber tenido ningún embarazo en la etapa adolescente. En cuanto a la comunidad de Tizimín se obtuvo una frecuencia de 11 familias 22% las cuales han tenido un embarazo durante su adolescencia, 3 familias respondieron dos o más embarazos con un valor de 6% reflejaron, igualmente 1 familia afirmaban haberse presentado de 4 o más embarazos 2%, y 35 familias el 70% correspondiente respondieron no tener ningún embarazo en la etapa adolescente. Las estadísticas denotan la existencia de embarazos en una edad temprana a un que no son considerablemente altas, sin embargo es evidente que se siguen presenciando en diferentes familias mexicanas y en comunidades rurales.

Tabla 9
¿Cuántos casos de embarazos en adolescentes, ha habido en tu familia?

	Tipo	Frecuencia	Porcentaje
Campo 60	Uno	10	20.0
	Dos o más	4	8.0
	Cuatro o más	2	4.0
	Ninguno	34	68.0
	Total	50	100.0
	Tipo	Frecuencia	Porcentaje
Tizimín	Uno	11	22.0
	Dos o más	3	6.0
	Cuatro o más	1	2.0
	Ninguno	35	70.0
	Total	50	100.0

La Tabla número 10 en lo que respecta al uso de métodos anticonceptivos en la comunidad campo 60 demuestra que un 56% dentro de sus familias no hace uso de ningún método anticonceptivo, lo cual es muy similar al porcentaje manifestado en la comunidad de Tizimín denotando un 54.0% de familias que no usan algún método anticonceptivo. Lo cual refiere que no se cuenta con prevención de embarazos o enfermedades de transmisión sexual en las familias no se está haciendo uso de esta con la mitad de la población encuestada.

Tabla 10
¿Utiliza métodos anticonceptivos?

	Tipo	Frecuencia	Porcentaje
Campo 60	Sí	22	44.0
	No	28	56.0
	Total	50	100.0
	Tipo	Frecuencia	Porcentaje
Tizimín	Sí	23	46.0
	No	27	54.0
	Total	50	100.0

En lo que respecta al consumo de cristal la tabla 11 muestra que dentro de las familias encuestadas en Campo 60 fue de un 10.0%, mientras que en la comunidad de Tizimín no se ve reflejado algún consumo de esta sustancia.

Tabla 11
Algún miembro de la familia consume cristal

	Tipo	Frecuencia	Porcentaje
Campo 60	Sí consume	5	10.0
	No consume	45	90.0
	Total	50	100.0
	Tipo	Frecuencia	Porcentaje
Tizimín	No consume	50	100.0
	Total	50	100.0

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados encontrados y analizados en ésta investigación demuestran que ambas comunidades denotan datos similares, en cuanto al nivel socioeconómico se ve reflejado que en ambas comunidades existe un estatus medio bajo, sin embargo la comunidad de Francisco Javier Mina (Campo 60) denota un mayor número de integrantes por familia que percibe un salario mayor de 1000 pesos a la semana, lo cual hace que dichas familias tengan mayor apertura para suplir las necesidades cotidianas de un hogar. En la comunidad de Tizimín es mayor el número de mujeres que se dedican a ser amas de casa, que en comparación a la comunidad del Campo 60, esto por supuesto se ve reflejado en la economía individual de las familias en Tizimín.

Martínez y Díaz (2005), señalan que los espacios organizativos para la producción, la comercialización y la generación de ingresos entre mujeres de sectores empobrecidos, han permitido que actividades, habilidades, conocimientos y ámbitos tradicionalmente femeninos, adquieran nuevo valor y significado con la presencia pública y actuante de las mujeres en sus entornos sociales inmediatos, desencadenando cambios importantes y todavía escasamente documentados en las relaciones entre los géneros dentro del espacio doméstico, en el ámbito comunitario inmediato, en la toma de decisiones y en una cultura femenina del trabajo.

En cuanto a la estructura material de las casas en las familias encuestadas, se tomó en cuenta el número de habitaciones que se utilizaban para dormir, la comunidad de Tizimín representó una frecuencia significativa de familias que duermen en una sola habitación, cabe mencionar que en dicho estudio no se detecta abuso sexual por parte de algún integrante de las familias, puesto que esto no era el propósito del estudio, sin embargo el hecho de que compartan la misma habitación para dormir tanto niño/as, adolescentes, adultos e incluso adultos mayores, se considera como un factor vulnerable para la integridad y la conformación sana de la personalidad de los integrantes más pequeños, puesto que la circunstancias de tener una casa con pocas habitaciones los limita de poder tener privacidad incluso hasta para realizar actividades tan cotidianas como lo es vestirse diariamente.

Así mismo los autores Gala y Fortes del Valle (2013) mencionan que si los niño/as no cuentan con un espacio personal donde ellos puedan realizar actividades de higiene así como dormir, esto podría traer repercusiones relevantes en el desarrollo integral del niño.

Al evaluar todos estos factores de vulnerabilidad cabe mencionar que el efectuar procedimientos de cambios en comunidades rurales son necesarias una serie de adaptaciones para una mejor integración educacional y familiar. Aunado a ello, las carencias de servicios de salud en las comunidades rurales, se hace cada vez más necesario realizar investigaciones sobre las consecuencias de los diversos factores de vulnerabilidad en los adolescentes, que permitan la implementación de programas de prevención e intervención en dichas poblaciones.

REFERENCIAS

- Acosta-Varela, M.; Cárdenas-Ayala, V.; (2012). El embarazo en adolescentes. Factores socioculturales. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 371-374.
- Castellón, S., Ledesma, E. (2012). El funcionamiento familiar y su relación con la socialización infantil. *Proyecciones para su estudio en una comunidad suburbana de Sancti Spiritus. Cuba. Contribuciones a las Ciencias Sociales.*
- CONAPO. (2014). *Dinámica demográfica 1990-2010 y proyecciones de población 2010-2030.* Consejo Nacional de Población. Recuperado en: http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Proyecciones/Cuadernos/31_Cuadernillo_Yucatan.pdf
- CONEVAL (2014). Dirección de Información y Comunicación Social. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Recuperado de: http://www.coneval.org.mx/sala-prensa/documents/comunicado005_medicion_pobreza_2014.pdf
- Díaz Guerrero, R. (2007). *Psicología del mexicano 2. Bajo las garras de la cultura.* México: Trillas.
- García Posada, L.; Ayala Aguilar, M.; (2001). Factores socioeconómicos y culturales relacionados con el embarazo en adolescentes de una comunidad rural. *Salud en Tabasco*, junio, 395-397.
- García, F. (2005). *Deserción escolar y desigualdad económica en México: un análisis empírico para los niveles medio superior y superior.* Tesis de doctorado. Escuela superior de economía.
- INEGI (2015). Instituto Nacional de Estadística y Geografía, “Encuesta de Adicciones Estado de Sonora” Recuperado de: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2015/especiales/especiales2015_08_9.pdf
- INEGI (2015). *Empleo y Ocupación.* Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Recuperado de: <http://www.beta.inegi.org.mx/temas/empleo/>
- INEGI (2016). “ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DE DÍA DE LA MADRE (10 DE MAYO)” Instituto Nacional de Estadísticas Geográficas. Recuperado: _
- INEGI. (2001). *Estados Unidos Mexicanos. XII Censo General de Población y Vivienda, 2000.* Tabulados Básicos y por Entidad Federativa. Bases de Datos y Tabulados de la Muestra Censal. Aguascalientes, Ags., México.
- INEGI. (2014). *La mujer en Sonora, Estadísticas sobre desigualdad de género y violencia contra las mujeres.* Instituto Nacional de Estadísticas Geográficas. Recuperado: <https://mujersonora>.

- files.wordpress.com/2011/02/la_mujer_en-sonora-inegi-uni-fem-2008.pdf
- Jiménez-González, A., Arturo Granados-Cosme, J., & Arminda Rosales-Flores, R. (2017). Embarazo en adolescentes de una comunidad rural de alta marginalidad. Un estudio mixto de caso. (Spanish). *Salud Pública De México*, 59(1), 11-18. doi:10.21149/8410
- Mestre, M. Samper, P. Tur, A. y Diez, I. (2001). Estilos de crianza y desarrollo prosocial de los hijos. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 54 (4) 691-703.
- Minuchin S. (1989). *Técnicas de terapia familiar*. México DF: Paidós.
- Minuchin, S. (2001). *Familias y terapia familiar*. Editorial Gedisa.
- OMS (2009). Tipos de estructura familiar. Ambiente familiar y enfermedad. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <http://www.exteriores.gob.es/RepresentacionesPermanentes/OficinadelasNacionesUnidas/es/quees2/Paginas/Organismos%20Especializados/OMS.aspx>
- OMS (2013). Organización Mundial de la Salud “Adición de intervenciones a las vacunaciones antisarampionosas en masa”. Recuperado de: <http://www.who.int/bulletin/volumes/94/10/15-160044-ab/es/>
- OMS (2015). Organización Mundial de la Salud “Informe OMS 2015: consumo de alcohol y salud en el mundo”. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
- OMS (2016). Organización Mundial de la Salud, “Maltrato Infantil”. Recuperado de: [who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/)
- OMS. (2017). Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Organización Mundial de la Salud. Recuperado http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/adolescent_pregnancy/es/
- Palacios, S. & Palacios, M. B. (2002). Discrepancias en el razonamiento de padres y adolescentes sobre el uso de las drogas. *Anales de Psicología*, 18(2), 233-245.
- Peña, M. (2004). *Crianza y Desarrollo Infantil En Familias Rurales De La Región Sur Del Estado De Sonora*. Tesis para obtener el grado de Maestría en Desarrollo Regional.
- Pérez Lo Presti, A. & Reinoza Dugarte, M.;(2011). El educador y la familia disfuncional. *Educere*, Septiembre-Diciembre, 629-634.
- Pons, J. & Berjano, E. (1997). Análisis de los estilos parentales de socialización asociados al abuso de alcohol en adolescentes. *Psicothema*, 9(3), 609-617.

- Quilodrán Salgado, J. (2001). Un siglo de matrimonio en México. México: El Colegio de México. Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano.
- Ramírez, S. (1999). Teoría general de sistemas de Ludwig von Bertalanffy (Vol. 3). UNAM.
- Romero, Sarquis y Zerges (1997). Comunicación Familiar: Chile. Programa de Formación a distancia-Mujer Nueva PUC.
- Sánchez N, Galván H, Reyes U, Reyes U, Reyes K. Factores asociados al maltrato durante el embarazo. Boletín Clínico Hospital Infantil. 2013;30:8-15.
- SEFOE (2015). Municipio Tizimín Estado de Yucatán. Secretaria de Fomento Económico. Recuperado de: <http://www.sefoe.yucatan.gob.mx/secciones/ver/tizimin>
- SSY (2014). Encuesta Estatal de Adicciones Yucatán 2014. Servicio de Salud de Yucatán. Recuperado: http://salud.yucatan.gob.mx/wp-content/uploads/2015/02/ENCUESTA_ESTATAL_DE_ADICCIONES_2014-2015.pdf
- UNICEF (2014). Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, “Estudio global abuso sexual en la infancia”. Recuperado de: https://www.unicef.org/ecuador/ocultos_a_plena_luz.pdf.
- Verdugo, J. Arguelles, J. Guzmán, C. Montes, R. Uribe, L. (2014). Influencia del clima familiar en el proceso de adaptación social del adolescente. Psicología desde el Caribe. Vol.3, N° 2. México.

COMPORTAMIENTO SEXUAL DE RIESGO EN ESTUDIANTES RURALES DE SONORA

María José Cubillas Rodríguez¹

Elba Abril Valdez¹

Rosario Román Pérez¹

Luz Alicia Galván Parra²

Ana Cecilia Leyva Pacheco²

Grace Marlene Rojas Borboa²

¹ *Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C*

² *Instituto Tecnológico de Sonora*

RESUMEN

En el presente estudio se analizan comportamientos de riesgo de jóvenes en una zona rural, específicamente del Poblado Miguel Alemán, del Municipio de Hermosillo, Sonora. Se realizó un diagnóstico situacional de corte descriptivo, con metodología cuantitativa, con la técnica de encuesta, aplicadas en 400 estudiantes de bachillerato tecnológico. Los resultados muestran algunos comportamientos de riesgo tales como, inicio temprano de vida sexual activa, principalmente entre los varones, así como no uso del condón o algún otro método anticonceptivo. Aunado a esto se expresan creencias tradicionales sobre la sexualidad no ligada al placer, particularmente entre las mujeres, contrario a los varones que la señalan como una necesidad ligada a su biología. Se sugiere continuar estudiando las variables que influyen el comportamiento sexual de riesgo en estudiantes que contribuyan a la prevención de las conductas sexuales de riesgo.

Palabras clave: comportamiento sexual, estudiantes, rural.

INTRODUCCIÓN

Los estudios sobre juventud rural son escasos y la mayoría de las investigaciones se realizan en escenarios urbanos que no necesariamente explican los fenómenos de esta población. En las comunidades rurales mexicanas no tienen suficiente acceso a oferta educativa, ni a medios de comunicación y tecnologías, limitaciones que pueden repercutir en la cultura de la salud y en particular del comportamiento

sexual. La juventud enfrenta diferentes situaciones de riesgo entre las que se encuentra su salud sexual. El inicio de esta actividad a temprana edad sin la protección adecuada o el tener múltiples parejas, les hace vulnerables a infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH y embarazos no deseados.

La juventud rural, con menos acceso de oportunidades a educación, servicios de salud o recreación, entre otras, puede estar expuesta a mayores riesgos que afecten su calidad de vida (Calvillo, Paz y Rodríguez, 2014; IMJUVE, 2014). Este es un grupo de población que, si bien tiende a disminuir paulatinamente, representa 25.99% del total de habitantes en nuestro país con edades de 12 a 29 años (INEGI, 2010), por lo que resulta relevante atender su problemática particular.

En sociedades patriarcales, el patrón cultural de socialización de los varones, coloca a las mujeres en desventaja en relación con las decisiones que toman y que repercuten en su salud sexual (Lamas, 2006, Asensio, 2012). Por ejemplo, los varones tienden a ejercer su sexualidad de manera temprana, libremente, ser infieles y en dado caso, hasta no reconocer su paternidad, patrones comportamentales orientados a reafirmar su masculinidad (Kimmel, 1992; Kaufman, 1997). Los roles sexuales femeninos y masculinos socialmente aceptados, promueve la desigualdad entre géneros lo que hace más complejo para las y los jóvenes tomar decisiones sobre su sexualidad y su vida reproductiva (Trejo, Moreno, Macías, et al, 2011; Bahamón, Vianchá y Tobos, 2014; Hernández y Weiss, 2010).

En estudios realizados con jóvenes, se observa que los hombres son quienes tienen un patrón de comportamiento sexual de mayor riesgo que las mujeres, ya que inician su vida sexual a temprana edad y tienen más parejas; sin embargo, las mujeres son las que más reportan no usar condón en sus relaciones sexuales, lo que las ubica en mayor riesgo de contraer VIH o cualquier otra ITS (Tschann, Flores, de Groat, et al. 2010; Bahamón, Vianchá y Tobos, 2014; Uribe, Zacarías y Villareal, 2012).

Lo anterior puede favorecer situaciones que faciliten las ITS y VIH, así como el aumento de embarazos a temprana edad en este grupo de población, lo que puede generar consecuencias negativas para la salud, la familia y la sociedad.

Censida (2011) señala que de 1995 al 2011 aumentaron los casos de VIH en población de 15 a 24 años en un 50%. Para el 2011 se registraron en ese grupo de población 2786 casos acumulados de SIDA, de los cuales 1880 eran hombres y 906 mujeres jóvenes. Por otro lado, INEGI (2010) reporta que el 0.06% de las niñas de 12 años de edad han tenido al menos un hijo (a).

La información anterior ha sido generada con población urbana por lo que en el presente estudio se analizan comportamientos de riesgo de jóvenes en una zona rural, específicamente del Poblado Miguel Alemán, del Municipio de Hermosillo Sonora. Esta localidad tiene como principal actividad la agricultura y es punto de llegada de migrantes originarios del sur de la República Mexicana, del estado de Sonora y de otros lugares de la región norte que vienen a trabajar de manera temporal. En su mayoría hablan la lengua Triqui, Mixteco y Zapoteco, en menor proporción aparecen otras lenguas como las que se hablan en el estado de Chiapas o inclusive las del mismo estado de Sonora.

Según el último censo de población (INEGI, 2010), en Miguel Alemán habitan 30,869 personas, de las cuales el 51.8% son hombres y el 48.2 son mujeres. Por grupos de edad de cero a catorce años de edad se reportaron 35.4% hombres y 36.0% mujeres, de 15 a 59 años 57.9% hombres y 58.7 mujeres. Solo en los mayores de sesenta el porcentaje de hombres supera al de mujeres (6.7% vs 5.3%). Se trata de población joven donde la media de edad es de 26 años en hombres y 25 en mujeres. A nivel de escolaridad, el 12.14 de la población de 15 años y más y está por debajo del promedio estatal que es equivalente a 9 años de escolaridad. Además, el 90% de las niñas y niños en edad pre-escolar, como el 35% de la población en edad de cursar la educación primaria, no asiste a la escuela. Lo que indica que existe un rezago educativo; éste problema tiene implicaciones para desarrollar competencias socioemocionales con impacto en la prevención de conductas de riesgo y desarrollo social en general.

En éste contexto se desarrolló un estudio amplio financiado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, sobre juventudes rurales titulado “Trayectorias juveniles rurales

entre la escuela, el trabajo y la ciudadanía. Las posibilidades de agenciamiento de la juventud rural”, conjuntamente con otras Instituciones de Educación Superior en el estado de Nayarit, Chihuahua, San Luis Potosí y Michoacán. Referente al comportamiento sexual de riesgo en jóvenes, para fines de este trabajo se analizan los apartados correspondientes a las prácticas sexuales de la población estudiada con el siguiente método:

MÉTODO

TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un diagnóstico situacional de corte descriptivo, con metodología cuantitativa, con la técnica de encuesta, aplicadas en campo.

PARTICIPANTES

400 estudiantes de bachillerato tecnológico ubicado en el Poblado Miguel Alemán del Municipio de Hermosillo, equivalente al 45.6% de la población inscrita en el semestre de agosto a diciembre de 2016. Las y los participantes pertenecían a los grupos disponibles durante la primera semana del mes de noviembre de ese año, en las primeras horas de la mañana.

INSTRUMENTOS

Se utilizó un cuestionario que consta de ocho secciones. Incluye datos generales para la caracterización sociodemográfica de las y los participantes, así como de aspectos relacionados con la educación, los consumos culturales, el trabajo, la migración, la pertenencia institucional y la valoración, las prácticas sexuales y los roles estereotipados.

El cuestionario se sometió a una validación de contenido a través de la validación por juicio de expertos con el fin de eliminar los ítems irrelevantes y modificar los ítems que lo requerían (Escobar y Cuervo, 2008). Para el presente caso se analiza el apartado referente a prácticas sexuales y cuidado de sí, que explora edad de inicio de vida sexual, uso de métodos anticonceptivos, preferencia sexual, además de una

serie de afirmaciones relacionadas con el ejercicio sexual en las que se pide expresen su acuerdo o desacuerdo.

PROCEDIMIENTO

Se solicitó la autorización correspondiente de la representación de la Secretaría de Educación Pública en el estado de Sonora y de ahí la de los directivos del Centro Educativo. El instrumento fue auto respondido y se hizo durante el transcurso de una hora académica sin la presencia del o la profesora. La participación de los estudiantes fue voluntaria y con carácter confidencial, expresando consentimiento informado posterior a conocer los objetivos de la investigación. Las personas que aplicaron el instrumento fueron capacitadas para tal fin y eran investigadoras titulares y estudiantes de posgrado de una Institución de Educación Superior, quienes acompañadas por una representante de la autoridad explicaron a las y los jóvenes la tarea a realizar y su derecho a responder o no, según fuera su voluntad. Los resultados se analizaron a partir de las preguntas con respuestas completas, por lo que la “n” puede variar según los casos de no respuesta.

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS DE LAS Y LOS PARTICIPANTES

En la Tabla 1, podemos ver que de los 400 estudiantes, 47.3% era de sexo femenino y 52.7% masculino. La media de edad fue de 15.9 años con un rango de 14 a 20 años de edad. Cerca de la mitad era de primer semestre (49.7%), de tercer semestre 35.2% y de quinto 14.0%, tendencia generalmente observada en este nivel educativo por los niveles de abandono escolar que registra desde el primer semestre. En cuanto al estado civil la mayoría era soltera (89.7%) y en menores proporciones casada civil (2.1%), civil/iglesia (1.1%), en unión libre (4.0%) y un 5.8% que no respondió a esta pregunta.

La mayoría reportó vivir con madre, padre y hermanos/as (71.4%), seguido de solo con la madre (20.3%), solo con el padre (1.6%) y con otros familiares (6.3%). Igualmente, la mayor parte de las y los estudiantes reportó haber nacido en

Vulnerabilidad y Factores Psicosociales:

Hermosillo (53.1%) o en el poblado Miguel Alemán (32.2%), alguna localidad del estado de Sinaloa (4.2%) o del Sur de la República Mexicana (4.5), por lo que 85.3% de quienes participaron son originarios de la región.

Tabla 1
Caracterización socio-demográfica de los y las estudiantes

Característica	Porcentaje
Sexo	
Mujer	47.3
Hombre	52.7
Edad	Media 15.9 (Rango 14 a 20)
Originario de	
Hermosillo	53.1
Poblado Miguel Alemán	32.2
Alguna localidad de Sinaloa	4.2
Otro estado de México	4.5
Estado civil	
Soltero(a)	89.7
Casado civil	2.1
Civil/iglesia	1.1
Unión libre	4.0
No respondió	5.8
Con quien vive	
Madre, padre y hermanos	71.4
Sólo con madre	20.3
Sólo con padre	1.6
Con otros familiares	6.3
Personas viviendo en el hogar	Media 5.31 (Rango 1 a 15)

En relación con el nivel educativo del padre se reportó 8.1% sin ningún tipo de estudio, 37.1% con algún grado de

primaria, secundaria 27.7%, preparatoria 12.5%, universidad 4.7% y no sabía 9.4%. De la madre 7.9% no contaba con algún tipo de estudio, 35.3% algún grado de primaria, secundaria 34.0%, preparatoria 13.8%, universidad 2.6% y no sabía 5.4%. Tal información nos muestra cómo este grupo de estudiantes en su mayoría supera el grado máximo de estudios alcanzados por sus progenitores.

Por ser una región eminentemente agrícola la mayoría de las ocupaciones de los padres y madres se ubican en este renglón ya sea como jornaleros/as (46.7% padre, 20.6% madre) o agricultores/as (8.6% padre, 1.8% madre). En menor proporción reportaron ser empleados/as (15.8% padre, 9.3% madre), vendedor/as puesto fijo o ambulante (8.0% padre, 5.4% madre), obreros/as (3.7% padre, 0.5% madre) y otros (15.2% padre, 2.3% madre).

LA SEXUALIDAD DE LOS Y LAS JÓVENES RURALES

El inicio de la vida sexual activa al momento de responder el cuestionario, fue reportada por 26.9% de los y las estudiantes; 15.7% en el caso de las mujeres y 37.1% de los varones, diferencia estadísticamente significativa ($X^2=21.594$, $p \leq .000$). La edad de inicio se presentó a edades más tempranas en el caso de los varones entre quienes 3.8% señaló que a los 12 años o menos tuvo su primera relación coital, en contraste con las mujeres donde se registró que 53.3% tenían más de 15 años cuando tuvo esta experiencia (Tabla 2).

Tabla 2
Edad de inicio de la vida sexual

Edad de inicio	Mujeres		Hombres	
	n	%	N	%
12 o menos	0	0	3	3.8
Entre 13 y 14	4	13.3	27	34.6
Entre 14 y 15	10	33.3	22	28.8
Más de 15	16	53.3	26	33.3

$X^2=6.994$, $p \leq .07$

La Tabla 3 muestra la edad de la pareja con la que iniciaron su vida sexual, observándose que hombres y mujeres

se relacionaron con parejas de mayor edad que ellos y ellas: 56.3% de los hombres y 70.4% de las mujeres tenía más de 18 años.

Tabla 3
Edad de la persona con la que tuvo su primera relación sexual

Edad de inicio	Mujeres		Hombres	
	n	%	n	%
12 o menos	0	0	1	1.3
Entre 13 y 15	2	7.4	17	21.3
Entre 15 y 18	6	22.2	17	21.3
Más de 18	19	70.4	45	56.3

$\chi^2=3.198, p \leq .362$

En la tabla 4 se denota como se autodefinen respecto a su preferencia sexual, en donde se observan porcentajes altos de no respuesta (26.6% y 49.3%) principalmente en el caso de los varones, lo que podría indicar la poca familiaridad que tienen con el lenguaje relacionado a aspectos sexuales. Un 62.5% de las mujeres y 52.4% de los hombres se asumieron como heterosexuales. En el caso de los varones, es de llamar la atención que quienes contestaron en la alternativa “otra” (4.9% hombres y el 6.8% de mujeres) no se identificó con alguna de las categorías presentadas como opción de respuesta.

Tabla 4
¿Cómo te consideras?

Preferencia sexual	Mujeres		Hombres	
	n	%	n	%
Heterosexual	114	62.5	90	52.4
Homosexual	1	.5	0	0
Lesbiana	2	1.1	0	0
Bisexual	8	4.3	0	0
Transgénero	1	.5	0	0
Otra	9	4.9	14	6.8
No respondió	49	26.6	101	49.3

$\chi^2=12.093, p \leq .03$

En relación al uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, se destaca que el anticonceptivo más utilizado entre dicha población de estudio es el preservativo o condón (53.6% de las mujeres y 64.9% de los hombres). En menores proporciones se menciona el uso de otros métodos, tales como, el ritmo, parche semanal, pastillas, dispositivo intrauterino, implante intradérmico o la combinación de dos (14.4% de las mujeres y 6.5% de los hombres). Se observa que aproximadamente un tercio de la población de estudio no utiliza ningún método de anticoncepción, que a su vez es falta de protección y exposición al riesgo para ITS (32.1% de las mujeres y 28.9% de los hombres).

En la tabla 5 se relaciona una serie de afirmaciones sobre sexualidad, cuyos participantes expresaron su nivel de acuerdo o desacuerdo al respecto. El 78.4% y 65.4% de mujeres y hombres respectivamente, piensa que el sexo sólo se practica con quien se ama. “La finalidad de la sexualidad es el placer” fue indicada por 32.5% de las mujeres y 54.8% de los varones. El 55.5% de los varones contestó que la sexualidad es una necesidad biológica, y 35.8 % de las mujeres.

Tabla 5
Creencias sobre sexualidad por sexo

	Mujeres	Hombres	X2	P
El sexo se practica solo con quien se ama				
Acuerdo	78.5	65.4	7.491	.004*
Desacuerdo	21.5	34.6		
La sexualidad es un tabú en tu comunidad				
Acuerdo	18.6	19.1	.001	.515
Desacuerdo	81.4	80.9		
La finalidad de la sexualidad es el placer				
Acuerdo	32.5	54.8	17.096	.000*
Desacuerdo	67.5	45.2		
La sexualidad es una necesidad biológica				
Acuerdo	35.8	55.5	13.057	.000*
Desacuerdo	64.2	44.5		
Las prácticas sexuales satisfactorias son las que tu consentes realizar				
Acuerdo	44.4	51.4	1.669	.118
Desacuerdo	55.6	48.6		

* $p \leq .05$ diferencias estadísticamente significativas

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados muestran algunos comportamientos de riesgo tales como, inicio temprano de vida sexual activa, principalmente entre los varones, así como no uso del condón o algún otro método anticonceptivo tal como lo han reportado Hernández-Guerrero, Alberti-Manzanares et al., (2014). Aunado a esto se expresan creencias tradicionales sobre la sexualidad no ligada al placer, particularmente entre las mujeres, contrario a los varones que la señalan como una necesidad ligada a su biología. Este comportamiento tiene que ver con la conformación de la masculinidad y cómo el ejercicio de la sexualidad a temprana edad en los varones va conformando socialmente lo que es ser hombre (Connell, 1987; Olavarría, 2001). Destaca también que las parejas de las mujeres son mayores en edad, confirmando el estereotipo de la superioridad de los varones como lo ideal para una relación (Ramírez y López, 2013).

Lo anterior contrasta con los programas de prevención y atención operados por el gobierno. Por ejemplo el programa ConstruyeT tiene énfasis en la formación de habilidades socioemocionales para la toma de decisiones de impacto a la vida personal y social, como puede ser el ejercicio de la sexualidad. Sin embargo, los resultados de este estudio muestran la necesidad de reforzar estas acciones. Igualmente existe la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA), que es una política pública transversal, cuyo objetivo es reducir el número de embarazos en adolescentes. Pese a sus alcances, poco se ha logrado para garantizar una elección libre e informada y la corresponsabilidad del varón en el ejercicio de la sexualidad. Estos programas no logran el impacto esperado, por lo que se sugiere plantear nuevas estrategias que permitan llegar a estos grupos de jóvenes rurales.

La sexualidad humana es un complejo entramado de variables, desde sociales-personales hasta políticas-externas, por ello es necesario considerarlas en su conjunto para garantizar que la población acceda a esas experiencias de forma responsable, segura y satisfactoria (Lamas, 2006). Esta situación solo será posible haciendo que la información llegue masiva, expedita, clara y con fines formativos; de for-

ma transversal y continua desde proyectos de tipo familiar, comunitaria y educativa. Lo anterior a fin de prevenir conductas de riesgo como las anteriormente expuestas que deriven en enfermedades, embarazos repentinos, e indicadores escolares de deserción-rezago; en demérito de la calidad de vida de la juventud rural.

REFERENCIAS

- Asensio R. H. (2012). Nuevas (y viejas) historias sobre las mujeres rurales jóvenes en América Latina. Resultados preliminares del Programa Nuevas Trenzas. Documentos de Trabajo del Programa Nuevas Trenzas, n.º1. Lima: IEP. Pp.30-32.
- Bahamón M.J , Vianchá M. A. & Tobos A.R (2014) Prácticas y conductas sexuales de riesgo en jóvenes: una perspectiva de género. *Psicología desde el Caribe*, 31(2): 327-353.
- Ballinas Y., García E., Beutelspacher, A. & Salvatierra B. (2015). Condiciones sociales y comportamientos sexuales de jóvenes en Chiapas. *Papeles de población*, 21(83), 253-286.
- Calvillo C., Paz & Rodríguez A. (2014). Educación sexual para estudiantes indígenas de una comunidad rural en Guatemala. *Revista Novedades en Población*, 10(20), 21-30.
- CENSA. (2011). Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA. El VIH/SIDA en México 2011, Numeralia epidemiológica, Secretaría de Salud, México.
- Connell, R. W. (1987). *Gender and power: Society, the person and sexual politics*. Cambridge: Polity Press.
- Escobar-Pérez, J., & Cuervo-Martínez, Á. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: Una aproximación a su utilización. *Avances en medición*, 6, 27-36.
- Gutiérrez, S. (2006). Género y masculinidades: relaciones y prácticas culturales. *Rev. Ciencias Sociales*, 111-112, 155-175.
- INEGI (2010). Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. México: Censo Nacional de Población.
- Hernández, J. & Weiss E. (2010) Amor y sexualidad entre jóvenes de la educación media superior. *Cuadernos de Educación*, 8: 245-256.
- Hernández-Guerrero, M., Alberti-Manzanares, P., Pérez-Nasser, E., Pérez-Olvera, M., Olivera-Méndez, A., & Talavera-Magaña, D. (2014). Relaciones, género y sexualidad entre jóvenes rurales de Salinas de Hidalgo, San Luis Potosí, México. *Ra Ximhai*, 10 (6), 115-130.
- IMJUVE. (2014). Instituto Mexicano de la Juventud. Encuesta Nacional de la Juventud (2010). Disponible en: http://www.imjuventud.gob.mx/imgs/uploads/Encuesta_Nacional_de_Juventud_2010_-_Resultados_Generales_18nov11.pdf. Consulta del 24 de enero de 2018
- Kaufman M. (1997). Las experiencias contradictorias del poder entre los hombres. En
- Valdés, T. y Olavarria, J. (Ed.) *Masculinidad/es. Poder y crisis*: 63-81. Chile: FLACSO.

- Kimmel, M. (1992). La producción teórica sobre masculinidad: nuevos aportes. En *Fin de Siglo. Género y Cambio Civilizatorio*: (129-138). Chile: ISIS-Ediciones de las Mujeres.
- Lamas, M. (2006). La antropología feminista y la categoría género, en Martha Lamas (comp.), *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. PUEG. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). 1a. Edición. Ed. Miguel Ángel Porrúa. México. Pp. 97-126.
- Montesinos, R (2002). Sexualidad y erotismo: La sexualidad en la perspectiva de la práctica de hombres y mujeres. *Las rutas de la masculinidad: Ensayos sobre el cambio cultural y el mundo moderno*, 199-233. Barcelona: Gedisa.
- Olavarría, J. (2001). *¿Hombres a la deriva? Poder, trabajo y sexo*. Chile: Flacso.
- Ramírez J.C. & López G.C. (2013). Hombres y mujeres jóvenes ante las creencias de género: ¿Flexibilidad y/o resistencia?. *Culturales*, 1(1), 143-176.
- Rangel, Y. & Costero, M. (2016). Los riesgos para la salud sexual y reproductiva de un grupo vulnerado: Un estudio sobre las experiencias y percepciones de mujeres parejas de migrantes. *Revista de El Colegio de San Luís, Nueva época*, 6, 12.
- Trejo P., Moreno P., Macías M., Valdez G., Mollinedo F., Lugo L. & Araujo R. (2011). Conocimiento y comportamiento sexual en adolescentes. Área Académica Ciencias de la Salud. Universidad Autónoma de Zacatecas. *Revista Cubana de Enfermería*, 27(4), 273-280.
- Tschann J., Flores E., de Groat C., Deardorff J. y Wibbelsman C. (2010). Condom negotiation strategies and actual condom use among latino youth. *Journal of Adolescent Health*, 47, 254-262.
- Uribe, J., A, G., Zacarías, X. & Villarreal, L. (2012). Percepciones sobre el uso del condón y la sexualidad entre jóvenes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10 (1), 481-494.



PREVENCIÓN DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES: EFECTIVIDAD DE LA DISONANCIA COGNOSCITIVA

Nora Hemi Campos Rivera¹

Nora Lourdes Gallegos Máynez²

Teresa Iveth Sotelo Quiñonez²

¹ *Universidad Iberoamericana Campus Puebla*

² *Instituto Tecnológico de Sonora*

RESUMEN

El objetivo del presente proyecto fue aplicar un programa de intervención primaria basado en la teoría de la disonancia cognoscitiva para reducir factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Se trabajó con una muestra no probabilística intencional de adolescentes de ambos sexos. Para seleccionar a los participantes se aplicó el Test Infantil de Actitudes Alimentarias (ChEAT) en ambos sexos, en mujeres el Cuestionario de la Imagen Corporal (BSQ) y en hombres, las subescalas de obsesión por la delgadez (DT) e insatisfacción corporal (BD) de la versión revisada del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2). La muestra inicial para los talleres fue de 27 participantes con un rango de edad de entre 13 y 15 años, sin embargo, durante el taller se presentó un alto índice de muerte experimental quedando la muestra final formada por un total de 15 quedando un total de 12 participantes. Se trabajó con un diseño pre-prueba y post-prueba, al comparar los resultados se puede observar que en el taller hubo diferencia significativa para las variables de actitudes hacia la alimentación e insatisfacción corporal en las mujeres.

Palabras clave: adolescentes, intervención, disonancia cognitiva, trastornos, prevención.

INTRODUCCIÓN

El término conducta alimentaria se refiere a una conducta compleja en la que intervienen factores externos a la persona, no solamente a satisfacer las necesidades alimentarias y requerimientos nutricionales o el simple hecho de ingerir

alimentos al que inmediatamente se asocia el término (Saucedo-Molina Unikel, 2010). Es el conjunto de acciones vinculadas con los alimentos que en caso de alteración pueden conducir a la aparición de conductas de riesgo y trastornos alimentarios (Berenguí, Castejón y Torregrosa, 2016). El término trastorno se refiere al conjunto de síntomas, conductas de riesgo y signos que pueden presentarse con diferentes niveles de severidad. Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y de la ingesta de alimentos se caracterizan por una alteración en la alimentación, en el consumo o absorción de los alimentos que provoca consecuencias en la salud física y deterioro psicosocial de quien los padece (APA, 2013).

Se consideran TCA a la anorexia nerviosa (AN) caracterizada por la imagen distorsionada del cuerpo, la bulimia nerviosa (BN) que se manifiesta en episodios de consumo excesivo de alimentos seguido por conductas compensatorias para evitar engordar y el trastorno alimentario no especificado (TANE), que incluyen el trastorno por atracón y otras que no cumplen con los criterios diagnósticos de los antes mencionados. Estos trastornos se manifiestan principalmente en la adolescencia debido a los cambios biológicos y psicológicos propias de esta etapa (Portela de Santana, Ribeiro, Mora & Raich, 2012).

Para Baile y González (2010) los TCA han estado presentes a lo largo de la historia, la restricción o control alimentario eran parte de las prácticas religiosas, la figura delgada no era considerada como ideal de belleza, el ayuno, la alimentación selectiva, el purgamiento, entre otras, formaban parte de su ideología.

Son diversos los factores de riesgo para propiciar un TCA, dentro de los principales son: la genética, cambios corporales de la pubertad, vulnerabilidad a las ideas, presión acerca de la delgadez, insatisfacción con la imagen corporal, conductas de dieta restrictiva, depresión y baja autoestima en niñas en la fase media y final de la adolescencia (Portela de Santana, 2012). Los factores socioculturales, problemas de autoestima, malas relaciones interpersonales o abuso de sustancias, cuando es más probable que se desarrolle un TCA. Estos aparecen principalmente en países desarrollados, con

altos niveles de insatisfacción corporal debido a que la delgadez es sobrevalorada entre los jóvenes mientras que por otra parte la comida es accesible y abundante, por lo que los índices de sobrepeso son alarmantes (Ayela, 2009). Rivarola (2003) encontró relación entre la insatisfacción corporal y aspectos de los trastornos alimentarios indicando que existe un valor predictivo entre la insatisfacción con la imagen corporal y la prevalencia de alteraciones alimentarias.

Echeburúa, Salaberria y Cruz (2013) refieren que los cambios en el IMC durante la adolescencia son un factor de insatisfacción asociado a la preocupación por la comida, o en un factor de riesgo para realizar dietas. En la adolescencia temprana presentan más insatisfacción con su figura, preocupación y curiosidad por los cambios físicos (Griffoulière, Rivarola, Galarsi & Penna, 2013). Por su parte Zaragoza (2015) sugiere que los cambios en la adolescencia generan mayor interés y preocupación por la apariencia física, los jóvenes están más pendiente de su cuerpo, lo cual puede contribuir al desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, ansiedad y depresión.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) (2012) encontró que el 1.3% de los participantes estaban en riesgo, entre las conductas alimentarias de riesgo más frecuentes fueron: preocupación por engordar (más frecuente en las mujeres), comer demasiado y perder el control de lo que comen y hacer ejercicio para perder peso (más frecuente en los hombres). Al comprar por sexo, se encontró que era más frecuente entre las mujeres hacer ayuno, dietas, tomar pastillas, diuréticos o laxantes. En los grupos de edad se encontró que los hombres de entre 14 y 19 años presentaban más conductas de riesgo como comer demasiado y hacer ejercicio que los de 10 a 13 años. Por otra parte, las mujeres adolescentes de 14 a 19 años presentaron una mayor prevalencia de todos los trastornos de la conducta alimentaria que las de 10 a 13 años. Es por ello la importancia de realizar estrategias de prevención en grupos de mayor riesgo (Gutiérrez, Rivera, Shamah, Villalpando, Franco, Cuevas, Romero & Hernández (2012).

La prevención es determinante para reducir la incidencia de los TCA, la prevalencia y la intensidad de los factores de

riesgo (Levine, 2017). Ayela (2009) describe tres bloques de prevención en la intervención psicosocial: 1) la primaria que se enfoca en la información sobre factores y conductas de riesgo para reducir la incidencia de nuevos casos de TCA, 2) la prevención secundaria, busca actuar sobre los síntomas de los TCA y diferenciarlos de otros trastornos y 3) la terciaria pretende evitar las recaídas de quienes ya han padecido el trastorno y se han podido recuperar. La prevención es clave la evolución del trastorno, sin embargo, la detección temprana es baja debido a la poca información y/o concientización sobre los trastornos y que no se dedica el tiempo necesario a las actividades de prevención.

Shaw, Stice y Becker (2009) analizaron distintos tipos y programas de intervención para la prevención de TCA y encontraron que las intervenciones con técnicas interactivas produjeron efectos más significativos que los programas psicoeducativos con técnicas didácticas, esto puede deberse a que facilitan la internalización de los conceptos y actitudes presentadas en la intervención. Las características que tenían en común los programas con mejores efectos son los que estaban dirigidos a una población en particular (selektiv), multi sesión, aplicados a adolescentes mayores de 15 años e impartidos por un profesional. El estudio de March, Suess, Prieto, Escudero, Nebot, Cabeza & Pallicer (2006) destaca las evaluaciones positivas de los programas interdisciplinarios y los efectos positivos de incluir contenidos como la alimentación, sexualidad, habilidades sociales y desarrollo de autoestima, sin embargo menciona la crítica de los participantes de los programas de intervención la falta de conocimiento y sensibilización sobre estos temas en el ámbito escolar y de la salud así como la posibilidad de generar actitudes de imitación con programas de prevención inadecuados.

En cuanto a los tipos de estrategias utilizadas destacan las intervenciones basadas en la teoría de la disonancia cognoscitiva, han mostrado resultados perdurables en el tiempo. Este tipo de intervención busca crear una inconformidad psicológica enfrentando a los participantes para que cuestionen sus ideas internalizadas relacionadas con factores de riesgo de TCA y mediante un cambio actitudinal causar un cambio

conductual (Seidel, Presnell & Rosenfield, 2009). También se ha utilizado el modelo de la disonancia cognoscitiva para reducir el ideal de delgadez, a través de actividades escritas, verbales y físicas con el fin de fomentar una inconformidad psicológica y crear un conflicto interno entre los argumentos propuestos en la intervención y las propias ideas internalizadas, para que de esta manera reconsideren el ideal corporal como delgado y reduzcan o eliminen esa inconformidad. León (2009) menciona diferentes estudios que implementan programas de prevención basadas en la teoría de la disonancia cognoscitiva resulta eficaz en la reducción de variables como el ideal de la delgadez, insatisfacción con la imagen corporal, preocupación por el peso y la comida, seguimiento de dieta restringida y conducta alimentaria compulsiva.

Pineda (2006) quien implemento la psicoeducación como prevención de TCA así como la disonancia cognitiva, encontró que ambos programas de prevención redujeron los niveles de factores de riesgo, sin embargo en los datos de seguimiento señalan que la prevención mediante el programa de disonancia cognitiva fueron más eficaces. Por lo tanto, basándonos en el modelo propuesto por este autor, nuestro objetivo es conocer si mediante un programa de prevención se reducen los factores de riesgo en TCA, de acuerdo con la teoría de la disonancia cognoscitiva en adolescentes.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Para la selección de los participantes se evaluó una muestra no probabilística e intencional de 201 alumnos de 2° grado de una secundaria pública de Ciudad Obregón, con un rango de edad de 13 a 15 años, con una \bar{x} =13.38 y una D.E. de 0.591. De los cuales el 48.8% eran hombres y 51.2% mujeres, la mayoría 63.7% del turno matutino y 36.3% del turno vespertino. Para fines de esta investigación se seleccionaron los jóvenes del turno matutino para implementar el programa de prevención, los del turno vespertino tuvieron otra modalidad. La muestra estuvo formada por un total de $n=12$ participantes de los cuales el 41.66% fueron hombres y 58.33% mujeres.

INSTRUMENTOS

Para la selección de los participantes se aplicaron los siguientes instrumentos, de ahí se seleccionaron a los integrantes del programa que de acuerdo con sus resultados manifestaron mayor riesgo de un trastorno de la conducta alimentaria. Una vez finalizado el programa se les aplicaron los mismos instrumentos, los cuales se describen a continuación.

- a. **Test de Figuras Humanas (Body Figure Perceptions and Preference) de Collins (1991)**. Escala visual de 7 figuras humanas infantiles, representando una imagen desde infra peso has obesidad, es útil como indicativo de las diferencias entre la percepción de la imagen corporal (cómo se perciben y de cómo quisieran ser).
- b. **Test Infantil de Actitudes Alimentarias (ChEAT Children's Eating Attitudes)** por sus siglas en inglés) de **Maloney (1988)**, evalúa las actitudes y conductas alimentarias de niños y adolescentes. Consta de 25 reactivos con opciones de respuesta en escala Likert de seis puntos “nunca”, “casi nunca”, “algunas veces”, “bastantes veces”, “casi siempre” y “siempre”. La validación fue realizada en México por Escoto y Camacho (2008), con un alfa de Cronbach de 0.82, conformado con cinco factores: motivación para adelgazar, evitación de alimentos engordantes, preocupación por la comida, conductas compensatorias y presión social percibida.
- c. En el caso de los hombres se utilizaron dos subescalas de la versión revisada y traducida al español del **Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (Eating Disorder Inventory EDI-2)** de **Garner (1983)**, la de obsesión por la delgadez (DT) con 7 reactivos e insatisfacción corporal (BD) con 9 reactivos, con un formato de respuesta tipo Likert, que van de “nunca” hasta “siempre”. Este instrumento ha demostrado ser eficiente para medir características psicológicas y sintomatológicas asociadas a Trastornos de la Conducta Alimentaria como anorexia y bulimia nerviosa. En su estandarización con población chilena las subescalas obtuvieron una consistencia interna

de 0.83 alfa de Cronbach para el factor Obsesión por la delgadez y 0.77 alfa de Cronbach para la de Insatisfacción corporal y un 0.80 en el total de la escala (Urzúa, Castro, Lillo & Leal, 2009).

- d. Para evaluar la preocupación e insatisfacción con la imagen corporal en las participantes mujeres se aplicó el **Cuestionario de Imagen Corporal** (BSQ por sus siglas en inglés *Body Shape Questionnaire*), consta de 34 preguntas con opciones de respuesta tipo Likert, que van de “nunca” a “siempre”. Fue creado para población inglesa por Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987) validado por Vázquez (2011) en población mexicana. Los resultados de esta validación mostraron una consistencia interna de 0.98 del alfa de Cronbach y conformado por dos factores: malestar corporal normativo y malestar corporal patológico.
- e. La escala de **Autoconcepto Forma A**, de Musito, García y Gutiérrez, (1991), que consta de 36 reactivos que van de una escala de respuesta tipo Likert 1 (siempre), 2 (algunas veces) y 3 (nunca). Consta de 4 dimensiones: académica, social, emocional y familiar.
- f. Y finalmente el **Inventario de Depresión Infantil**, CDI de Kovacs (1997), en su versión estandarizada por Arévalo (2008) que evalúa síntomas depresivos en niños de 8 a 16 años y se compone de dos dimensiones: estado de ánimo disfórico (visión negativa de sí mismo) e ideas de auto desprecio (visión negativa del medio y del futuro). Consta de 27 reactivos, presentados con tres frases cada uno, valorados con una puntuación del 0 al 2 y posee un alfa de Cronbach de 0,91.

PROCEDIMIENTO

A través del Departamento de Vinculación Institucional del Instituto Tecnológico de Sonora, se contactó a la secundaria para pedir su autorización, se solicitó el consentimiento de padres y maestros. Una vez obtenida dicha autorización se acudió a las aulas de los alumnos, aproximadamente

6 estudiantes de la licenciatura de Psicología fueron capacitados para la aplicación y levantamiento de los datos. Los instrumentos fueron aplicados de manera grupal, después se analizaron los resultados y se seleccionaron a los alumnos que puntuaron mayor riesgo de padecer un trastorno de la conducta alimentaria.

Una vez identificados los participantes se les explicó a las autoridades del plantel escolar la intención de implementar dos talleres uno en el turno matutino y otro en el vespertino para prevenir dichos factores. Se adaptó el programa de intervención propuesto por Pineda (2006), es decir se le hizo algunas modificaciones respecto al contenido, con el objetivo de actualizar la información. En esta investigación sólo se explican los resultados obtenidos del programa de intervención efectuado en el turno matutino (disonancia cognitiva). A los alumnos se les invitó a participar de manera voluntaria. El programa tuvo una duración de una hora y media, el lunes y miércoles con un total de 6 sesiones. La última sesión fue de cierre y fue donde se aplicó el post-test con los mismos instrumentos previamente aplicados.

RESULTADOS

De acuerdo con nuestro objetivo el cual fue conocer la eficacia de un programa de intervención para la prevención de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes con mayor riesgo, a continuación, se describen los resultados. En la Tabla 1 se describe el total de participantes por sexo.

Tabla 1
Integrantes del programa por sexo

	Participantes
Hombres	5
Mujeres	7
	12

Según nuestra introducción, en el cual se mencionan algunos de los principales factores de riesgo, a continuación, mostraremos los resultados de los instrumentos en el pre-

test y el post-test. Como se observa en la figura 1, las siluetas van de 1(infrapeso) a 7 (Obesidad), en ambos sexos.



Figura 1. Siluetas: elección de la figura percibida e ideal

A los participantes se les pidió que encerraran la silueta que consideran que tienen y en que pusieran con una palomita, la que les gustaría tener. Es importante mencionar que se les pregunto en el pre-test y en el pos-test. Como se puede observar en la Figura 2, se describe la media de selección de las siluetas, en la figura percibida comparado con el pre y post-test, podríamos decir que se mantuvieron muy similares, solo con un punto de diferencia. Las diferencias no son significativas, sin embargo, podemos observar que antes y después del taller, los participantes se perciben con entre la silueta d y e, pero les gustaría ser como la silueta c. Por sexo, podemos observar que los hombres se perciben con más peso que las mujeres y también desean ser más delgados, pero las mujeres a pesar del programa de intervención seleccionaron siluetas más delgadas.

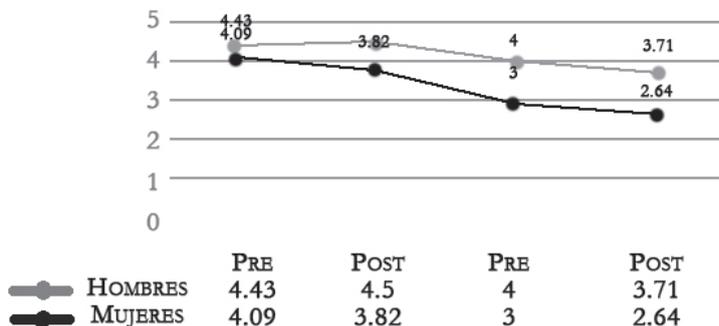


Figura 2. Comparación de medias: elección de la figura ideal y figura percibida por sexo.

A continuación, en la figura 3, podemos observar los puntajes obtenidos en las escalas totales que hay una ligera reducción en las medias de respuesta de cada uno de los instrumentos aplicados en el post-test. Sin embargo, se muestra mayor reducción en las actitudes y en la insatisfacción de las mujeres.

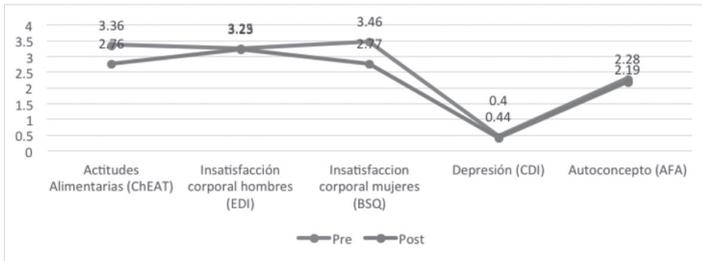


Figura 3. Comparación pre-test y post-test de los instrumentos

Con respecto a la escala que mide evalúa las actitudes y conductas alimentarias de niños y adolescentes, podemos observar que en la dimensión conductas compensatorias hubo una ligera disminución, sin embargo, es importante destacar que en la evaluación post-test con respecto a la motivación para adelgazar hubo un ligero aumento, las demás subdimensiones mantuvieron prácticamente el mismo puntaje (ver figura 4).

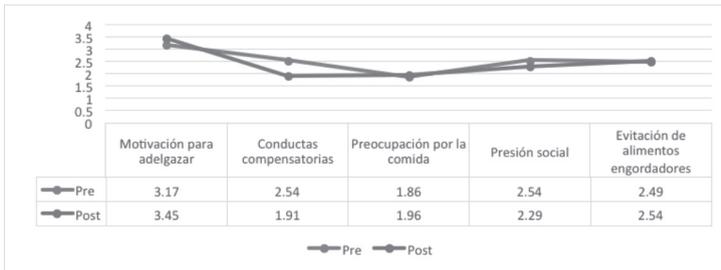


Figura 4. Comparación pre y post del ChEAT

Como se mencionó con anterioridad, para la evaluación del sexo masculino se utilizó la escala insatisfacción corporal y la obsesión por la delgadez. Para la insatisfacción

corporal podemos observar que hubo un aumento y en la obsesión una ligera disminución (ver figura 5).

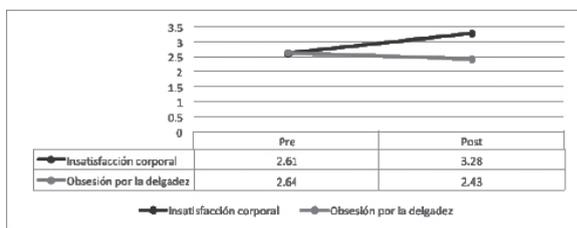


Figura 5. Comparación pre y post Insatisfacción corporal en hombres (EDI).

En el caso de las mujeres encontramos que, si hubo una ligera disminución en el malestar corporal patológico, sin embargo, hubo mayor disminución de insatisfacción en el malestar corporal normativo, como se muestra en la figura 6.

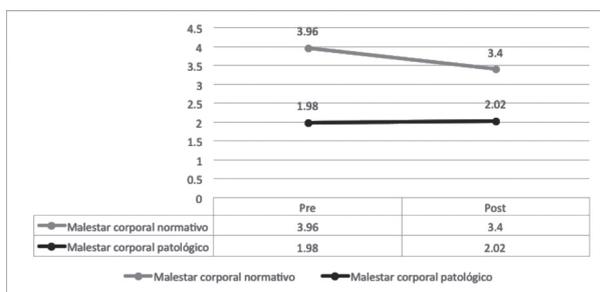


Figura 6. Comparación pre y post del BSQ.

Con respecto a la evaluación del autoconcepto podemos observar que hubo un ligero aumento en el autoconcepto familiar, el emocional y una ligera disminución del académico y social.

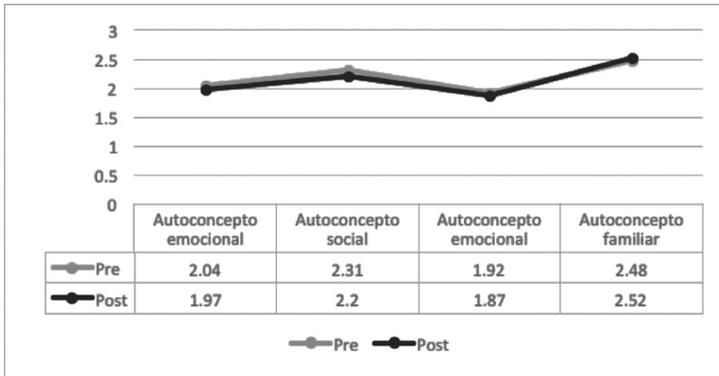


Figura 7. Comparación pre y post del AFA

En los resultados previos se muestran las medias de respuesta de cada una de las variables estudiadas. Para conocer si hubo diferencias significativas en el pre y post, realizamos una prueba t de Student para muestras relacionadas, a continuación, se describen los resultados. Al analizar los resultados del taller se puede observar que hubo reducción en las medias entre la prueba pre y post test, solo en las subdimensiones de insatisfacción corporal del EDI y autoconcepto familiar hubo un ligero aumento, sin embargo, estas reducciones fueron significativas únicamente para la escala de actitudes alimentarias ChEAT ($t(11) = 4.508, p = 0.001$) y la escala de imagen corporal BSQ aplicada sólo a las mujeres ($t(6) = 3.277, p = 0.017$) como se muestra en la tabla 3.

Tabla 3
Prueba t para muestras relacionadas para las escalas totales.

	t	gl	Sig. (bilateral)
Actitudes hacia la alimentación Pre - Post	4.508	11	.001
Insatisfacción corporal mujeres Pre- Post	3.277	6	.017

En cuanto a las subdimensiones se encontraron diferencias significativas en la de preocupación por la comida ($t(11) = 2.175, p = 0.052$), evitación de alimentos engordadores (t

(11)=6.331, $p=0.000$) del ChEAT, en el caso de las mujeres hubo una reducción significativa en la subdimensión de malestar corporal normativo del BSQ ($t(6)=4.505$, $p=0.004$) y en dos subdimensiones del AFA, autoconcepto académico ($t(11)=3.870$, $p=0.003$) y social ($t(11)=2.930$, $p=0.14$) como se muestra en la tabla 4.

Tabla 4
Prueba t Student para muestras relacionadas

	t	gl	Sig. (bilateral)
Evitación de alimentos engordadores - Pre - Post	6.331	11	.000
Malestar Corporal Normativo - Pre - Post	4.505	6	.004
Autoconcepto académico - Pre - Post	3.870	11	.003
Autoconcepto Social- Pre - Post	2.930	11	.014

DISCUSIÓN

De acuerdo con nuestro objetivo principal el cuál fue conocer si mediante un programa de prevención se reducen los factores de riesgo en TCA, de acuerdo con la teoría de la disonancia cognoscitiva en adolescentes. De acuerdo con nuestros resultados y a diferencia de otros estudios, nosotros incluimos a los varones dentro de nuestro programa de intervención, sin embargo, podemos observar que al igual que las mujeres, los hombres también desean una silueta más delgada que la que ellos se perciben. En los últimos años se destaca la importancia de incluir al género masculino en los estudios relacionados a los TCA, debido al incremento que se ha generado en varones (ENSANUT 2006, Saucedo-Molina y Unikel, 2010) y que anteriormente las investigaciones sobre factores de riesgo se centraban más en las mujeres (Escoto, Ponce de León, Camacho y Mancilla, 2010). La selección de siluetas ha sido utilizada para medir la insatisfacción corporal, sin embargo, se consideran que no son elementos viables, es por ello por lo que en nuestro estudio utilizamos el BSQ y el EDI. En la medición de la insatisfacción corporal para ambos sexos, la insatisfacción disminuyó en las mujeres, pero en los hombres ligeramente aumento,

por lo que consideramos la información proporcionada por los participantes quizá no sea verídica o simplemente habría que continuar indagando dado que quizá las mujeres fueron más receptivas con el programa de intervención.

El objetivo principal de la disonancia cognoscitiva es crear inconformidad con el fin de provocar un cambio de actitudes o comportamientos y así reducir dicha inconformidad (Seidel, Presnell y Rosenfield, 2009). Se esperaba que este tipo de intervención tuviera mayor impacto y disminución en cada una de las variables que conforman los factores de riesgo, sin embargo, podemos observar que la reducción fue mínima y en algunos casos hubo un ligero aumento. Sólo encontramos reducción en las variables de actitudes hacia la alimentación e insatisfacción corporal en las mujeres, esto último coincide con lo obtenido por Pineda (2006) quien asegura que este tipo de intervención fue eficaz en la reducción o eliminación de factores de riesgo relacionados con la imagen corporal y conducta alimentaria, sin embargo sus resultados hablan de una permanencia de estos efectos en el tiempo, así mismo coincide por lo reportado previamente por León (2009).

Diversos autores coinciden que implementar psicoeducación no es efectiva para reducir los factores de riesgo a largo plazo pero una fortaleza de este tipo de talleres es que el conocimiento de los participantes aumenta por la información proporcionada (Hernández, 2017; León 2010; Pineda, 2006; Rodríguez, 2008). En este caso la única variable que su disminución fue significativa fue la de conductas compensatorias, que de alguna manera coincide con lo encontrado por Gómez Peresmitré, León, Platas, Lechuga, Cruz y Hernández (2013), quienes obtuvieron resultados significativos en las variables asociadas a la imagen corporal y conductas alimentarias de riesgo. Pineda (2006) reporta que el programa psicoeducativo resulta efectivo en la reducción de factores de riesgo de TCA a corto y mediano plazo, sin embargo, al ser ésta una investigación que no implementamos la etapa de seguimiento, no se puede saber que tan perdurables son estos efectos en el tiempo.

Es importante considerar el número de participantes y algunas situaciones que se presentaron durante el proceso de

intervención pudieron influir en los resultados, sin embargo, se sugiere tener un mayor control en la implementación del programa, pues se ha encontrado que algunos programas de intervención han sido eficaces y han generado la reducción en los niveles de dieta restrictiva, insatisfacción y patología alimentaria (Becker, Smice y Ciao, 2005).

A manera de conclusión, la muerte experimental que se presentó generó un desequilibrio en el trascurso del programa, la temporada vacacional de Semana Santa y Pascua afectaron las sesiones y la secuencia del taller, lo que se puede suponer que influyo en los resultados. Por otro lado, la poca participación mostrada por los participantes y motivación es probable que hayan influido en los resultados.

REFERENCIAS

- Arévalo, E. (2008). Adaptación y estandarización del CDI, para las ciudades de Trujillo, Chiclayo y Piura. Trujillo.
- Asociación Americana de Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®), 5a Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.
- Ayela, M. (2009) Adolescentes: trastornos de alimentación. San Vicente (Alicante), España: Editorial Club Universitario.
- Baile, J. & González, M. (2010). Trastornos del comportamiento alimentario antes del siglo XX. *Revista Psicología Iberoamericana*, 18, 19-26.
- Beregú, R., Castejón, M. y Torregrosa, M. (2016). Body dissatisfaction, risk behaviors and eating disorders in university students. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 7, 1-8.
- Castrillón, D., Luna, I., Avendaño, G., y Pérez-Acosta, A. (2007). Validación del BodyShapeQuestionnaire (cuestionario de la figura corporal) BSQ para la población colombiana. *Acta Colombiana de Psicología*, 10(1), 15-23.
- Chinchilla, M. A. (2003). Trastornos de la Conducta Alimentaria: Anorexia y bulimia nerviosa, obesidad y atracones. Barcelona, España: MASSON.
- Cooper, J. Carlsmith, K. (2015). Cognitive Dissonance. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 76-78. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.24045-2>
- Cruz, R., Ávila, L., Cortés, M., Vázquez, R. y Mancilla, J. (2008). Restricción alimentaria y conductas de riesgo de trastornos alimentarios en estudiantes de Nutrición. *Psicología y Salud*. 18(2), 189-198. Recuperado de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/661/1160>
- Cruz-Sáez, M., Jimeno, A., Wlodarczyk, A., Polo-López, R. y Echeburúa, E. (2016). Insatisfacción corporal y conductas de control del peso en chicas adolescentes con sobrepeso: papel mediador de la ansiedad y la depresión. *Nutrición Hospitalaria*, 33(4), 935-940.
- Echeburúa, E., Rodríguez, S., Salaberria, K. y Cruz-Sáez, M. (2013). Imagen corporal y realización de dieta: diferencias entre adolescentes españolas y latinoamericanas. *Universitas Psychologica*, 12, 699-708. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64730275005>
- Escoto, M. y Camacho, E. (2008). Propiedades Psicométricas del Test Infantil de Actitudes Alimentarias en una Muestra Mexicana. *Revista Mexicana de Psicología*, 25(1), 99-106.
- Escoto Ponce de León, M., & Camacho Ruiz, E., & Mancilla Díaz, J. (2010). Risk factors for the development of symptomatology

- of eating disorders: prospective study. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 2 (1), 7-15.
- Ghidini, M., Braga-Costa, T., Margarido, R. y Laus, M. (2013). Body image dissatisfaction, nutritional status, and eating attitudes in adolescents. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, 35, 243-247. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307228854014>
- Griffoulière, M., Rivarola, M., Galarsi, M. y Penna, F. (2013). Imagen Corporal y Estrategias de afrontamiento en adolescentes escolarizados, de la ciudad de San Luis, Argentina. *Fundamentos en Humanidades*, 14(27), 95-117.
- Gutiérrez, J., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Villalpando-Hernández, S., Franco, A., Cuevas-Nasu, L., Romero-Martínez, M. y Hernández-Ávila, M. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2012.
- León, H. (2010). *Modelos de prevención de trastornos de la conducta alimentaria: técnicas asertivas/habilidades sociales y psicoeducativas* (Tesis de Doctorado no publicada). UNAM, Ciudad de México
- León, R., Gómez-Peresmitré, G. y Platas, S. (2008). Conductas alimentarias de riesgo y habilidades sociales en una muestra de adolescentes mexicanas. *Salud mental*, 31(6), 447-452. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252008000600004&lng=es&tlng=es.
- Levine, M. (2017). Universal prevention of eating disorders: A concept analysis. *Eating Behaviors*, 25, 4-8. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.10.011>
- Maloney, M., McGUIRE, J. y Daniels, S. (1988). Reliability testing of a children's version of the Eating Attitude Test. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27(5), 541-543.
- March, J., Prieto, M., Escudero, M., Nebot, M., Pallicer, A., Suess, A. y Cabeza, E. (2006). Trastornos de la Conducta Alimentaria: Opiniones y expectativas sobre estrategias de prevención y tratamiento desde la perspectiva de diferentes actores sociales. *Nutrición Hospitalaria*, 21(1), 4-12.
- Musito, G., García, F. y Gutiérrez, M. (1991). Autoconcepto Forma A. TEA Ediciones. Madrid.
- Pallicer, A., March, J., Cabeza, E., Suess, A., Nebot, M., Escudero, M. y Prieto, M. (2006). Trastornos de la Conducta Alimentaria: Opiniones y expectativas sobre estrategias de prevención y tratamiento desde la perspectiva de diferentes actores sociales. *Nutrición Hospitalaria*, 21(1), 4-12. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309225689003>

- Platas, R., Gómez-Peresmitré, G., León, R., Pineda, G. y Guzmán, R. (2013). Capacidad Discriminante y Clasificación Correcta de la Escala de Factores de riesgo Asociados con Trastornos de la Alimentación (EFRATA-II). *Revista Mexicana de Trastornos alimentarios*, 124-132.
- Portela de Santana, M., da Costa Ribeiro Junior, H., Mora Giral, M., y Raich, R. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Nutrición Hospitalaria*, 27(2), 391-401. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/3092/309226786008.pdf>
- Pineda, G. (2006) Estrategias Preventivas de Factores de Riesgo en Trastornos de la Conducta Alimentaria. Tesis de Doctorado. UNAM.
- Rivarola, M. (2003) La imagen corporal en adolescentes mujeres: Su valor predictivo en trastornos alimentarios. *Fundamentos en Humanidades*. IV (7-8), 149-161.
- Santana, M., de Cássia, R., Assis, A., Raich, R., Machado, M., Pinto, E. y Ribeiro, H. (2013). Factor associated with body image dissatisfaction among adolescents in public schools students in Salvador, Brazil. *Nutrición Hospitalaria*. 28(3), 747-755.
- Saucedo-Molina, T., &Unikel, C. (2010). Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes hidalguenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada. *Salud Mental*, 33(1), 11-19.
- Seidel, A., Presnell, K. Rosenfield, D. (2009). Mediators in the dissonance eating disorder prevention program. *Behaviour Research and Therapy*. 47(8). 645-653.
- Shaw, H., Stice, E. y Becker, C. (2009). Preventing Eating Disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18(1), 199-207. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.chc.2008.07.012>
- Urzúa, A., Castro, S., Lillo, A. y Leal, C. (2009). Evaluación de los Trastornos Alimentarios: Propiedades Psicométricas del Test EDI-2 en Adolescentes Escolarizados(as) de 13 a 18 años. *Rev Chil Nutr* 36 (4).
- Vázquez, R., Galán, J., López, X., Álvarez, G., Mancilla, J., Caballero, A., y Unikel, C. (2011). Validez del BodyShapeQuestionnaire (BSQ) en Mujeres Mexicanas. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 2(1), 42-52. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232011000100005&lng=es&tlng=es
- Zaragoza, J. (2015). Preocupación por la Apariencia Física, Ansiedad, Depresión y Actitudes hacia la Alimentación en Adolescentes. (Tesis de Especialidad). UNAM, Ciudad de México.

ASPECTOS VULNERABLES EN EL ADOLESCENTE: SUICIDIO Y ABUSO DE SUSTANCIAS

Diana Mejía Cruz
Raquel García Flores
Instituto Tecnológico de Sonora

RESUMEN

La presente investigación correlacional-comparativa tuvo como objetivo comparar adolescentes escolarizados consumidores de alcohol y marihuana, en poli consumo y mono consumo, en contraste con no consumidores, en su reporte de ideación, intentos suicidas y razones del acto suicida. Se trabajó con 954 adolescentes de entre 11 y 24 años de edad, estudiantes de secundaria y bachillerato, del sur de Sonora. Se utilizaron 24 reactivos de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes para evaluar consumo de drogas, uso de marihuana y alcohol; intención suicida; cantidad de intentos suicidas; edad de inicio con la intención suicida; gravedad de los intentos suicidas; Motivos de la ideación suicida; y tipos de intento suicida. Los adolescentes consumidores de marihuana reportaron mayor porcentaje de intentos suicidas, hospitalizaciones debido a los intentos y un estado de ánimo depresivo como principal causa de la ideación suicida. Los adolescentes con poli consumo y solo uso de alcohol reportaron mayor ideación e intentos suicidas que los adolescentes no consumidores, pero entre ellos no se encontró una diferencia amplia en su reporte. La presente investigación aporta evidencia sobre el impacto del consumo de drogas sobre la conducta suicida en adolescentes, marcando en la presente muestra el consumo de marihuana como un alto factor de riesgo para el desarrollo de la ideación suicida.

Palabras clave: adolescencia, consumo de drogas, suicidio

INTRODUCCIÓN

El suicidio es un amplio término que involucra un amplio rango de ideación de autolesiones o comportamiento de daño auto infringido ejecutado con la parcial intención de

muerte (Shlosberg & Shoval, 2015). Estos comportamientos son una preocupación de salud pública debido a su alta prevalencia y asociación con morbilidad y mortalidad a inmediato y largo plazo. Este problema se intensifica en la niñez y adolescencia, demandando así planes eficientes preventivos y nuevas estrategias de tratamiento.

Hay múltiples niveles de severidad y daño dentro del constructo del suicidio. La investigación del comportamiento suicida involucra desde la ideación suicida con o sin un específico plan para el intento suicida, acto destructivo auto infringido con intento explícito o inferido de morir y finalmente el acto fatal de un suicidio consumado (O'Carroll et al. 1996).

El suicidio es la segunda y tercera causa de muerte en adolescentes en ambientes industrializados. El comportamiento suicida en adolescentes implica un problema de salud global, debido a su alta prevalencia y su asociación con la morbilidad y mortalidad (CDC 2013; Eurostat 2013). Por lo tanto indagar los factores vinculados a la ocurrencia de la conducta suicida resulta indispensable. Se ha encontrado una conexión entre el suicidio y el abuso de sustancias en adolescentes, donde el abuso de drogas psicoactivas incrementa el riesgo de que emerja el comportamiento suicida. El presente capítulo muestra datos de un análisis entre consumidores de alcohol y marihuana y conductas suicidas en adolescentes escolarizados del sur de Sonora. Decidimos enfocarnos en estas drogas debido a que son las sustancias más ampliamente utilizadas por adolescentes y estudiadas a nivel internacional (NSDUH, 2012^a; UNODC, 2012).

El uso de alcohol en los adolescentes se ha relacionado a tres causas de muerte en jóvenes, ya sea accidentes, suicidio, y homicidio (Naso et al., 2008). Dichas muertes causan aproximadamente el 75% de la mortalidad en el rango de edad entre los 15 y 24 años (NVSR, 2013). El uso de alcohol incrementa la probabilidad de muertes violentas, entre ellas el suicidio por sobredosis así como pérdida de la inhibición e incremento de impulsividad. En Estados Unidos, se calcula un total de 480 muertes en jóvenes menores de 21 años a causa del suicidio vinculado al uso excesivo de alcohol (CDC, 2013). Se ha encontrado una alta prevalencia, arriba

del 45%, donde el uso de alcohol se asocia a la admisión hospitalaria de adolescentes debido a traumas físicos (Sindelar et al. 2004). Diversas investigación han encontrado la asociación entre el uso de alcohol y el incremento en comportamiento suicida en adolescentes (Borowsky et al. 2001; Esposito-Smythers y Spirito, 2004; Kokkevi et al. 2012), dicha relación con mayor peso sobre otros factores como la depresión, impulsividad, pares delincuentes, y monitoreo parental deficiente (Swahn et al, 2008).

Los patrones de uso de alcohol y abuso del mismo pueden variar ampliamente en términos de tiempo (Cuántos días en un mes) y volumen (Cuántos tragos por ocasión), por lo tanto puede ser más apropiado a examinar la asociación entre el suicidio y las ocasiones de consumo excesivo. Consumir cinco tragos estándar o más en una sola sesión de consumo (atracción de consumo) puede causar en la mayoría de los adolescentes un grado de intoxicación. En promedio cerca del 54% de los estudiantes en Estados Unidos (EUA) 47% en Europa reportaron que ellos habían estado intoxicados al menos alguna vez en su vida (Hibell et al. 2012; Johnston et al. 2013).

El atracón por consumo de alcohol representa el patrón de consumo el cual está altamente asociado con problemas de salud (Miller et al. 2007). Es el más prevalente entre adolescentes consumidores de alcohol y se ha asociado con incrementar el riesgo de ideación e intentos suicidas, aun cuando se compara con actuales bebedores de alcohol que no presentan atracones (Miller et al. 2007). Esta conexión es fuertemente correlacionada con la frecuencia del atracón; aquellos quienes reportan atracones de consumo en más de 10 ocasiones al mes presentan más intentos de suicidio que aquellos que reportan de 6 a 9 (Miller et al. 2007).

Los adolescentes que presentan atracones por consumo tienden a explorar el uso de otras sustancias psicoactivas, algunas de las cuales se han asociado con incremento del riesgo suicida, como lo es el uso de la marihuana en bebedores fuertes de alcohol (Hibell et al. 2012).

Recientemente, Archie et al. 2012 sugirió que los atracones por consumo de alcohol incrementa el riesgo de suicidio en jóvenes solo con depresión presente Se utilizó la encuesta

de 17,000 adolescentes entre 15-24 años, ellos mostraron que los bebedores fuertes y no fuertes compartían el mismo riesgo suicida cuando la depresión no estaba presente. Cuando el efecto de la depresión fue probado, ellos encontraron que los jóvenes depresivos con atracones tenían un incremento de riesgo para el suicidio comparado con los no consumidores que no eran depresivos (OR= 6.3). Resultados similares han sido reportados en adultos (Shoval et al. 2005).

El uso de alcohol en adolescentes se ha estado reduciendo en EUA. Se ha observado un decremento del 20% en donde el reporte de consumo de alcohol actual bajo del 50.8% al 38.7% (Eaton et al. 2012). La situación en países Europeos es diferente, donde el decremento se ha observado lento de un 89% en 1995 a un 86% en el 2011 (Hibell et al. 2012). En contraste con México el consumo de alcohol ha permanecido estable desde el 2011, (de 42.9% a 39.8%). Así también, las prevalencias del último año y el último mes no han tenido variaciones significativas, al pasar de 30% a 28% y de 14.5% a 16.1%, respectivamente (ENCODAT, 2016). Sin embargo, el consumo excesivo durante el último mes ha aumentado significativamente (se duplico de 4.3% en 2011 a 8.3% en 2016) y en las mujeres tuvo un incremento de más de 3 veces (de 2.2. a 7.7%); en los hombres no se encontraron variaciones significativas. En 2011 el consumo consuetudinario se reportó en el 1% de los adolescentes, mientras que en 2016 se presentó en el 4.1%; en hombres aumentó de 1.7% a 4.4% y en mujeres de 0.4% a 3.9%. En cuanto al consumo diario, este aumentó más de 8 veces (de 0.2% a 2.6%) entre los adolescentes, y en hombres creció más de 6 veces, al pasar de 0.4% a 2.5%.

En cuanto al consumo de drogas ilegales en México, la Encuesta Nacional de Consumo de Alcohol, Drogas y Tabaco ENCODAT, señala que en adolescentes, el consumo alguna vez aumentó entre 2011 y 2016 de 3.3% a 6.4% para cualquier droga, de 2.9% a 6.2% en drogas ilegales y de 2.4% a 5.3% en marihuana. Por sexo el consumo de marihuana también se incrementó de 3.5% a 5.8% en hombres, y de 1.3% a 4.8% en mujeres.

Los cannabinoides han sido reportados como la droga ilícita más prevalente en adolescentes el día de hoy (Hibell et

al. 2012; Johnston et al. 2013; NSDUH 2012b). La encuesta nacional sobre abuso de drogas y salud mental (por sus siglas en inglés NSDUH) obtuvo información de 70,000 residentes en edades entre 12- 17 años, el 47.7% reportó que había obtenido y obtendrían fácilmente la marihuana si ellos quisieran; cuya tasa de consumo no ha variado significativamente de un 8.2 en 2002 a un 7.9% en 2011 (NSDUH, 2012a). No hay estudios todavía que vinculen el suicidio con uso de cannabinoides en adolescentes. Sin embargo el vínculo entre el uso de drogas y suicidio en adolescentes ha sido establecido por evidencia clínica y estudios epidemiológicos (Pompili et al. 2012; Swahn et al. 2012; Wilcox, 2004; Woltzky- Taylor et al. 2010). Sin embargo, la droga y abuso de alcohol son fuertes predictores de reintentos suicidas durante un mismo año (Vajda y Steinbeck, 2000). Los estudios de examinación post mortem dan pruebas de esta relación, uno de estos estudios reportó que jóvenes menores a 19 años dieron positivos a drogas ilícitas, el 93% murieron de causa violenta y el 15% había cometido suicidio (Naso et al. 2008). Se ha encontrado también que el uso de cannabis puede generar la ideación suicida (van Ours et al 2013).

En lectura al uso de drogas, se ha encontrado que un patrón de poli consumo de drogas es altamente correlacionado con el incremento en riesgo suicida. En una muestra de 45,000 adolescentes de Europa, se encontró que los adolescentes con al menos un reporte de intento suicida se incrementaba con el número de sustancias utilizadas. Un análisis de regresión logística reveló que el riesgo de intento suicida fue de OR= 4.47 para usuarios de dos sustancias y continuo con incremento con el uso de diferentes sustancias en contraste con no usuarios (Kokkevi et al. 2012). Estos hallazgos señalan que las estrategias en prevención y tratamiento deben de poner específica atención en esta población.

La combinación de uso de drogas y riesgo suicida se ha asociado con la adicional comorbilidad psiquiátrica (Armstrong & Costello, 2002; Foley et al. 2006). Sin embargo esta asociación es difícil de clarificar debido al hecho de que los adolescentes con desordenes por abuso de sustancias despliegan una alta comorbilidad con trastornos externalizantes (Armstrong & Costello, 2002; Couwenbergh et al. 2006),

mientras que los adolescentes suicidas tienden a desplegar comorbilidad psiquiátrica con trastornos internalizantes (Foley et al. 2006; Kelly et al. 2004). La presencia de un desorden psicótico también despliega un efecto moderado en la relación; Shoval et al., presento una asociación fuerte y significativa entre intentos suicidas y uso de drogas ilícitas en adolescentes suicidas internalizados diagnosticados con esquizofrenia y desorden esquizoafectivo comparados con pacientes no suicidas (Shoval et al. 2006). La presencia de trastornos de personalidad o rasgos puede complicar aún más la evaluación de esta conexión. La mayoría de los pacientes diagnosticados con trastornos de personalidad que comenten actos suicidas (Fleischmann et al. 2005) y que también son diagnosticados con desordenes por consumo de sustancias (Pereiro et al. 2013) son reportados por padecer trastorno de personalidad antisocial o limite. Es importante, señalar que muchos estudios no miden o reportan la presencia de trastornos de personalidad y se enfocan en su mayoría en el eje diagnostico I.

Kelly et al., investigaron los efectos de desórdenes psiquiátricos en los intentos suicidas en 503 adolescentes diagnosticados con trastornos por consumo de sustancias (Kelly et al. 2004). Se compararon adolescentes suicidas y no suicidas, ellos encontraron que el diagnostico concurrente de depresión mayor y bipolaridad convergían en un alto riesgo de intentos suicidas. Ellos también mostraron que el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD) fue asociado con incrementar el riesgo de intento suicida en hombres, mientras el trastorno de conducta fue asociado con el intento de suicidio en mujeres. Un análisis de regresión cox revelo que los adolescentes con trastorno por consumo de drogas fueron más proclives a intentar suicidarse cuando ellos también tenían un desorden del estado de ánimo concurrente (Kelly et al. 2004).

Los adolescentes con depresión presentan alta comorbilidad con alcohol y abuso de sustancias (Armstrong & Costello, 2002; Sher & Zalsman, 2005). Los adolescentes que sufrían episodios de depresión mayor se encontraron con mayor reporte de uso de drogas y uso de alcohol fuerte en contraste con adolescentes que no presentan trastorno

depresivo mayor (36% vs 17.4%) (NSDUH, 2012b). En otro estudio se demostró que el nivel de involucramiento con las sustancias psicoactivas se correlaciona inversamente con la respuesta a Tratamiento antidepresivo (Goldstein et al., 2009), lo que sugiere que brindar tratamiento para el abuso de la sustancias por sí mismo puede disminuir la depresión y la tendencia suicida.

Otro estudio demostró el efecto negativo del uso de sustancias sobre el riesgo suicida en adolescentes con trastorno bipolar. Goldstein et al. (2012) encontraron un doble riesgo para adolescentes diagnosticados con bipolaridad que tenían un trastorno por consumo de sustancias con uso excesivo de alcohol, ya que concomitantemente realizaron un intento suicida en comparación con aquellos que no utilizaban drogas y alcohol, y durante las 8 semanas previas al intento, el uso de drogas se triplicó. El mismo grupo informó que en una muestra grande de adolescentes con trastorno bipolar, en el cual la prevalencia de trastornos por consumo de drogas fue de 16%, los sujetos con trastornos por consumo de drogas demostraron una prevalencia mayor de intentos suicidas comparado con aquellos sin trastorno por consumo de drogas (Goldstein et al., 2008).

Debido a la alta prevalencia de consumo de alcohol y marihuana en México, el presente estudio busco evaluar la relación entre el riesgo suicida en adolescentes escolarizados que reportaron consumir alcohol y marihuana en contraste con no consumidores.

MÉTODO

La presente investigación es de enfoque cuantitativo de tipo correlacional con un diseño transversal con el objetivo de evaluar la conducta suicida y consumo de alcohol y marihuana en estudiantes de educación básica y media superior.

PARTICIPANTES

En el estudio participaron 954 adolescentes de Ciudad Obregón, Sonora, de los cuales el 50.4% fueron hombres y 44.6% mujeres. El 48% de los participantes se encontraba estudiando la secundaria y el 52% el bachillerato. El rango

de edad fluctuó entre los 11 y los 24 años, presentando una edad promedio de 14.7 años (DE=1.79). El 15.15% reporto consumir alcohol y marihuana; 31.86% solo consumía alcohol; 1.36% solo consumía marihuana; y el 51.57%% no consumía ni alcohol ni marihuana.

MATERIALES E INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Se seleccionaron 24 reactivos Cedula de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes ENCODE (Villatoro, 2014), los cuales se midieron uso de marihuana y alcohol; intención suicida; cantidad de intentos suicidas; edad de inicio con la intención suicida; gravedad de los intentos suicidas; Motivos de la ideación suicida; y tipos de intento suicida.

PROCEDIMIENTO

Se seleccionaron once escuelas aleatoriamente del registro de escuelas ante la Secretaria de Educación Pública del sur de Sonora. Una vez ubicadas se gestionó la aplicación en las escuelas. Se realizó una plática para padres de familia donde se autorizó la aplicación de la ENCODE. Obtenida la autorización de los padres se programó la aplicación del instrumento a tres grupos seleccionados aleatoriamente de cada escuela. La aplicación tuvo una duración de una hora. Al finalizar la aplicación se impartió una sesión informativa para la prevención del uso de drogas. Las encuestas se llevaron a cabo en hojas para lector óptico, para su posterior generación de base con dicho lector, que arrojó la base de datos en SPSS.

RESULTADOS

A continuación se describe el riesgo suicida de los adolescentes que reportaron consumir alcohol y marihuana, solo consumir alcohol, solo marihuana y no consumir alcohol, tabaco y drogas. El 28.3% de los adolescentes que consumían alcohol y marihuana reportaron haberse herido, cortado, intoxicado o hecho daño con el fin de quitarse la vida. Ante la misma pregunta el 19.3% de los adolescentes que solo consumían alcohol reportaron haberlo hecho,

el 30.8% sólo los consumidores de marihuana y el 12.2% adolescentes sin consumo de alcohol y drogas.

Del porcentaje de adolescentes que reportaron haber tenido ideación suicida se exploró si habían cometido también intentos o solo era ideación: adolescentes con consumo de alcohol y marihuana el 14.5% lo había intentado; Adolescentes con consumo de alcohol el 8.8%; Adolescentes con consumo de marihuana 30.8%; y adolescentes sin consumo el 4.9%.

De los adolescentes con intentos suicidas se les cuestionó si habían tenido hospitalizaciones debido a la gravedad de las lesiones del intento. El 6.9% de los adolescentes poli consumidores reportaron haber sido hospitalizados; el 3.3% solo alcohol; 38.5% solo marihuana; y 2.8% sin consumo de drogas.

En la tabla 1 se presenta el porcentaje de razones de la ideación suicida en los adolescentes que reportaron haber tenido ideación y conducta suicida. Se observa que el grupo que combina alcohol y marihuana reporta principalmente que las razones de la ideación suicida se debe a sentirse deprimido e incomprendido por parte de la familia (29.7% y 23.4% respectivamente). Mientras que el grupo que consume solo alcohol el 20.9% reportó que la principal razón era sentirse solo y deprimido; para el grupo de consumo de marihuana problemas con familiares y amigos; los adolescentes sin consumo reportan que la razón es sentirse triste o deprimido y por fallecimiento de un ser querido.

Tabla 1
Razones de la ideación suicida.

La última o única vez que te hiciste daño a propósito con el fin de quitarte la vida ¿Qué te motivó a hacerlo?	Alcohol y marihuana	Alcohol	Marihuana	Sin consumo
Problemas familiares	18.6%	13.7%	23.1%	6.9%
Problemas con novio/a o pareja	13.8%	6.5%	7.7%	1.8%
Problemas con amigos/as	12.4%	9.2%	23.1%	6.3%

Tabla 1 (continuación).

Razones de la ideación suicida

La última o única vez que te hiciste daño a propósito con el fin de quitarte la vida ¿Qué te motivó a hacerlo?	Alcohol y marihuana	Alcohol	Marihuana	Sin consumo
El sentirme solo/a, triste o deprimido/a	29.7%	20.9%	15.4%	12.6%
Problemas en la escuela	13.1%	7.85	7.7%	4.5%
Incomprensión o falta de cariño de mi familia	23.4%	12.7%	15.4%	6.5%
Por querer llamar la atención	4.8%	1%	7.7%	2.4%
Porque se murió alguien a quien he querido mucho	17.2%	6.2%	15.4%	10.1%
Porque han abusado sexualmente de mí	7.6%	0.7%	7.7%	1.6%

La siguiente tabla 2 muestra el reporte de tipos de intentos suicidas en los adolescentes que reportaron haber tenido intentos suicidas. En adolescentes que reportan consumo de alcohol y mariguana, solo consumo de alcohol y adolescentes sin consumo, reportan que los principales tipos de intentos son utilizar un objeto filoso y dejar de comer; el grupo con consumo de mariguana reporta principalmente la utilización de objetos filosos y el uso de drogas con fines de intoxicación.

Tabla 2
Tipos de intentos suicidas

La última o única vez que te hiciste daño a propósito con el fin de quitarte la vida ¿Cómo lo hiciste?	Alcohol y marihuana	Alcohol	Marihuana	Sin consumo
Tomé pastillas o medicamentos	10.3%	3.3%	15.4%	3%
Te has cortado con un objeto filoso	41.4%	38.2%	61.5%	29.1%

Tabla 2
Tipos de intentos suicidas.

La última o única vez que te hiciste daño a propósito con el fin de quitarte la vida ¿Cómo lo hiciste?	Alcohol y marihuana	Alcohol	Marihuana	Sin consumo
Te has disparado con un arma de fuego	6.9%	2.3%	0%	3%
Has tratado de ahorcarte o de asfixiarte	11.7%	5.2%	15.4%	5.7%
Te has tomado veneno	7.6%	0.7%	7.7%	2.4%
Te has intoxicado con drogas	19.3%	1.0%	23.1%	2.4%
Te has aventado de una parte alta hacia el piso	11%	5.2%	7.7%	4%
Dejas de comer	26.9%	20.9%	15.4%	8.5%
Te has aventado al tránsito	7.6%	1.6%	0%	1.2%

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En el presente estudio se corroboró el incremento en riesgo suicida en adolescentes consumidores de drogas, lo cual se presenta con más frecuencia en adolescentes con solo uso de marihuana en contraste con la combinación con alcohol y el solo uso del mismo. Lo cual pone de manifiesto el riesgo en que se encuentra la población adolescente consumidora de drogas a nivel nacional, siendo la marihuana la droga de principal consumo y con una tendencia acorde a la ENCODAT (2016), cuyo consumo se ha incrementado del 2011 a la última evaluación. Estos datos demandan la importancia de establecer políticas públicas para establecer programas preventivos y tratamientos más eficaces.

Las opciones de tratamiento para trastornos por consumo de alcohol son marcadamente más abundantes hoy en día que en el pasado. En su revisión de varios instrumentos de medición y opciones de tratamiento para el uso de alcohol en adolescentes, Perepletchikova et al. Sugiere la terapia familiar multidimensional (MDFT) y Terapia cognitiva conductual administrada en grupo en combinación con sesiones individuales de Terapia de incremento motivacional (MET

por sus siglas en inglés) como las técnicas con mejor evidencia científica de su eficacia (Perepletchikova et al. 2008). Incluyendo también la atención a adolescentes con comorbilidad psiquiátrica además del abuso de drogas (Henderson et al. 2010). Modelo que puede adaptarse para investigaciones futuras en población mexicana.

El estudio sobre el tratamiento de la juventud con cannabis (por su siglas en inglés CYT), es el mayor ensayo de tratamiento ambulatorio completado hasta la fecha en adolescentes con trastorno por consumo de sustancias (Dennis et al., 2002), se compararon cinco estrategias de tratamiento. El estudio encontró que en términos de eficacia y rentabilidad, el uso de cinco sesiones de Terapia de incremento motivacional más Terapia cognitivo- conductual (MET / CBT5) es el régimen más prometedor en condiciones aleatorias en pruebas de campo en el tratamiento de trastornos por consumo de drogas, al menos como un esfuerzo inicial de tratamiento (Dennis et al., 2004). Los anteriores estudios señalan la importancia de diseñar tratamientos que aborden la alta relación con el riesgo suicida en población adolescente consumidora de drogas, y que en suma padecen comorbilidad con algún tipo de trastorno psiquiátrico.

En el presente estudio no se evaluó la comorbilidad psiquiátrica además del consumo de drogas, sin embargo al explorar las principales razones para cometer y tener ideación suicida, se encontró que el sentirse triste y deprimido fue la principal razón para presentar ideación suicida. Este hallazgo compromete atender los trastornos del estado de ánimo que estén presentando los adolescentes como parte de la prevención y tratamiento.

Aunque el acto de suicidio consumado es extremadamente difícil de predecir, existen factores de riesgos que han sido bien establecidos y estudiados, como lo es consumir drogas y padecer algún trastorno del estado de ánimo. La reducción de los intentos de suicidio en los adolescentes sigue siendo un desafío ya que no está claro hasta qué punto la eliminación de los factores de riesgo asociados en efecto resultará en la reducción de comportamientos suicidas. En este contexto, los esfuerzos para fortalecer la resiliencia anti-suicida (Borowsky et al., 2001; Forman and Kalafat, 1998) a través

de iniciativas locales o nacionales (McNamara 2013) han reunido interés, aunque su eficacia aún no se ha demostrado.

Es evidente que tanto el suicidio como el uso de drogas son altamente prevalentes en los jóvenes y que ambos conllevan un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad, aumentando con la edad. El contra-efecto de estos dos comportamientos complejos entre sí aumenta el riesgo de comportamiento suicida en contraste con adolescentes no consumidores. Esto puede deberse en gran parte al hecho de que ambos son asociados con una disminución de la inhibición y un aumento de la impulsividad que conduce a una alteración en la toma de decisiones que se manifiesta en comportamientos arriesgados y temerarios. El uso de drogas puede facilitar la transición de la ideación suicida a la acción (Esposito-Smythers y Spirito 2004).

Los esfuerzos continuos de iniciativas a gran escala que monitorean el consumo de sustancias entre adolescentes y las tendencias suicidas también deberían ser apoyadas. Datos relevantes recopilados de éstos facilitan el análisis de las tendencias mundiales y locales en el uso de sustancias y su correlación con el suicidio. Los futuros estudios clínicos deben seguir estos cambios en tendencias temporales para proporcionar informes rápidos y relevantes sobre la utilidad de los programas preventivos. Hasta la fecha, las opciones de tratamiento disponibles solo se basan parcialmente en conocimiento basado en la evidencia debido a la falta de estudios por un lado y dificultades metodológicas. Estudios prospectivos a gran escala cuidadosamente planificados necesitan proporcionar una base de evidencia más sólida para evaluar los beneficios clínicos de planes de prevención y tratamiento. Un objetivo principal para la investigación en ciencias básicas sigue siendo localizar un marcador endofenotipo de bajo costo, mínimamente invasivo y altamente específico para el suicidio. Tal marcador puede ser más relevante en adolescentes con trastornos por consumo de drogas debido a la fuerte asociación entre los dos fenómenos.

La prevención del suicidio en jóvenes y niños se ha convertido en uno de los más desafiantes objetivos de los sistemas de salud en todo el mundo. En poblaciones definidas de alto riesgo como los adolescentes, el sistema de salud debe

aumentar los esfuerzos de detección temprana, y una evaluación cuidadosa de las tendencias suicidas, las cuales debe basarse en una evaluación con escalas validadas y atendiendo a los factores de riesgo establecidos. Aparecen amplias brechas entre las estrategias terapéuticas en diferentes países e incluso dentro de los países. Esto puede reflejar la escasez de eficacia comprobada basada en la evidencia de las terapias actuales apuntado ya sea por trastorno por consumo de sustancias o suicidio. La asociación entre el uso de drogas y riesgo suicida está muy influenciado por otras comorbilidades psiquiátricas, principalmente pero no exclusivamente por trastornos del estado de ánimo, que son más prevalentes entre estos pacientes y confieren un mayor riesgo de psicopatología adicional y suicidio consumado. Adolescentes con trastornos por consumo de drogas con comportamientos suicidas son cada vez más diagnosticados como “diagnóstico dual” sin una referencia concomitante a instalaciones especializadas de tratamiento. Lamentablemente, en la mayoría países, la terapia para trastorno por consumo de drogas no es parte de la salud psiquiátrica “convencional”, y esto obstaculiza el tratamiento integrador de esfuerzo que requieren los adolescentes suicidas y sus familias. Proponemos que para estos pacientes, se necesita un enfoque de tratamiento holístico para implementarse en las diferentes instituciones de atención a la salud mental.

REFERENCIAS

- Archie, S., Zangeneh, K. A., & Akhtar-Danesh, N. (2012). Concurrent binge drinking and depression among Canadian youth: prevalence, patterns, and suicidality. *Alcohol*, 46(2), 165–172.
- Armstrong, T. D., & Costello, E. J. (2002). Community studies on adolescent substance use, abuse, or dependence and psychiatric comorbidity. *J Consult Clin Psychol*, 70(6), 1224–1239.
- Borowsky I.W., Ireland M., & Resnick M.D. (2001). Adolescent suicide attempts: risks and protectors. *Pediatrics*, 107(3):485–493.
- CDC (2013). Centers for Disease Control and Prevention. Alcohol Related Disease Impact (ARDI) application, 2012. Retrieved from http://apps.nccd.cdc.gov/DACH_ARDI/Default.aspx.
- Couwenbergh, C., van den Brink, W., Zwart, K., Vreugdenhil, C., van Wijngaarden-Cremers, P., & van der Gaag, R.J. (2006). Comorbid psychopathology in adolescents and young adults treated for substance use disorders: a review. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 15(6):319–328.
- Dennis, M., Titus, J.C., Diamond, G., Donaldson, J., Godley, S.H., Tims, F.M., Webb, C., Kaminer, Y., Babor, T., Roebuck, M.C., Godley, M.D., Hamilton, N., Liddle, H., & Scott, C.K. (2002). The Cannabis Youth Treatment (CYT) experiment: rationale, study design and analysis plans. *Addiction*, 97(1 1):16–34.
- Dennis, M., Godley, S.H., Diamond, G., Tims, F.M., Babor, T., Donaldson, J., Liddle, H., Titus, J.C., Kaminer, Y., Webb, C., Hamilton, N., & Funk, R. (2004). The Cannabis Youth Treatment (CYT) study: main findings from two randomized trials. *J Subst Abuse Treat*, 27(3):197–213.
- Eaton, D.K., Kann, L., Kinchen, S., Shanklin, S., Flint, K.H., Hawkins, J., Harris, W.A., Lowry, R., McManus, T., Chyen, D., Whittle, L., Lim, C., & Wechsler, H. (2012). Youth risk behavior surveillance -United States, 2011. *MMWR Surveill Summ*, 61(4):1–162.
- Esposito-Smythers, C., & Spirito, A. (2004). Adolescent substance use and suicidal behavior: a review with implications for treatment research. *Alcohol Clin Exp Res*, 28(Suppl 5):77S–88S.
- Eurostat (2013). European Commission, Eurostat. Retrieved from <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab/4table&init/41&plugin/41&language/4en&pcode/4ts-dph240>.
- Fleischmann, A., Bertolote, J.M., Belfer, M., & Beautrais, A. (2005). Completed suicide and psychiatric diagnoses in young people: a critical examination of the evidence. *Am J Orthopsychiatry*, 75(4):676–683.

- Foley, D.L., Goldston, D.B., Costello, E.J., & Angold, A. (2006). Proximal psychiatric risk factors for suicidality in youth: the Great Smoky Mountains Study. *Arch Gen Psychiatry*, 63(9):1017–1024.
- Forman, S.G., & Kalafat, J. (1998). Substance abuse and suicide: promoting resilience against selfdestructive behavior in youth. *School Psychol Rev*, 27:398–406.
- Goldstein B.I., Shamseddeen W., Spirito A., Emslie G., Clarke G., Wagner K.D., Asarnow J.R., Vitiello B., Ryan N, Birmaher B, Mayes T, Onorato M, Zelazny J, Brent DA (2009). Substance use and the treatment of resistant depression in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 48(12):1182–1192.
- Goldstein, T.R., Ha, W., Axelson, D.A., Goldstein, B.I., Liao, F., Gill, M.K., Ryan, N.D., Yen, S., Hunt, J., Hower, H., Keller, M., Strober, M., & Birmaher, B. (2012). Predictors of prospectively examined suicide attempts among youth with bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 69(11):1113–1122.
- Henderson, C.E., Dakof, G.A., Greenbaum, P.E., Liddle, H.A. (2010). Effectiveness of multidimensional family therapy with higher severity substance-abusing adolescents: report from two randomized controlled trials. *J Consult Clin Psychol*, 78(6):885–897.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlstrom, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., & Kraus, L. (2012). The 2011 ESPAD report - substance use among students in 36 European countries. Retrieved from <http://www.espad.org/>.
- ENCODAT (2016). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Alcohol y Drogas. Recuperado de Consejo Nacional Contra las Adicciones, sitio web: <https://www.gob.mx/salud%7Cconadic/acciones-y-programas/encuesta-nacional-de-consumo-de-drogas-alcohol-y-tabaco-encodat-2016-2017-136758>.
- Johnston, L.D., O'Malley, P.M., & Schulenberg, J.E. (2013). Monitoring the future national results on drug use: 2012 overview, key findings on adolescent drug use. Institute for Social Research, The University of Michigan, Ann Arbor.
- Kelly, T.M., Cornelius, J.R., & Clark, D.B. (2004). Psychiatric disorders and attempted suicide among adolescents with substance use disorders. *Drug Alcohol Depend*, 73(1):87–97.
- Kokkevi, A., Richardson, C., Olszewski, D., Matias, J., Monshouwer, K., & Bjarnason, T. (2012). Multiple substance use and self-reported suicide attempts by adolescents in 16 European countries. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 21(8):443–450.

- McNamara, P.M. (2013). Adolescent suicide in Australia: rates, risk and resilience. *Clin Child Psychol Psychiatry*, 18(3):351–369.
- Miller, J.W., Naimi, T.S., Brewer, R.D., & Jones, S.E. (2007). Binge drinking and associated health risk behaviors among high school students. *Pediatrics*, 119(1):76–85.
- Naso, C., Jenkins, A.J., & Younger, D. III (2008). A study of drug detection in a postmortem pediatric population. *J Forensic Sci*, 53(2):483–490.
- NSDUH (2012a). Substance Abuse and Mental Health Services Administration, results from the 2011 National Survey on Drug Use and Health: summary of national findings, NSDUH Series H-44, HHS Publication No. (SMA) 12-4713. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville.
- NSDUH (2012b). Substance Abuse and Mental Health Services Administration, results from the 2011 National Survey on Drug Use and Health: mental health findings, NSDUH Series H-45, HHS Publication No. (SMA) 12-4725. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville.
- NSDUH (2013). Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality, The NSDUH report: trends in adolescent substance use and perception of risk from substance use. Rockville.
- NVDRS. Suicides due to alcohol and/or drug overdose, a data brief from the National Violent Death Reporting System, CDC. Retrieved from http://www.cdc.gov/ViolencePrevention/pdf/NVDRS_Data_Brief-a.pdf.
- O'Carroll, P.W., Berman, A.L., Maris, R.W., Moscicki, E.K., Tanney, B.L., & Silverman, M.M. (1996). Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide Life Threat Behav*, 26(3):237–252.
- Pereiro, C., Pino, C., Florez, G., Arrojo, M., & Becona, E. (2013). Psychiatric comorbidity in patients from the addictive disorders assistance units of Galicia: the COPSIAD study. *PLoS One*, 8(6):e66451.
- Perepletchikova, F., Krystal, J.H., & Kaufman, J. (2008). Practitioner review: adolescent alcohol use disorders: assessment and treatment issues. *J Child Psychol Psychiatry*, 49(11):1131–1154.
- Pompili, M., Serafini, G., Innamorati, M., Biondi, M., Siracusano, A., Di, G.M., Giupponi, G., Amore, M., Lester, D., Girardi, P., Moller-Leimkuhler, A.M. (2012). Substance abuse and suicide risk among adolescents. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 262(6):469–485.
- SAMHSA (2013). Age and cohort patterns of substance use among adolescents, Office of Applied Studies, Substance Abuse and

- Mental Health Services Administration (SAMHSA). Retrieved from <http://www.samhsa.gov/data>.
- Sher, L., & Zalsman, G. (2005). Alcohol and adolescent suicide. *Int J Adolesc Med Health*, 17(3):197–203.
- Shlosberg, D., & Shoval, G. (2015). Adolescent and Substance Abuse. In N. el-Guebaly et al. (Eds.), *Textbook of Addiction Treatment: International Perspectives* (2249- 2278). doi 10.1007/978-88-470-5322-9_129.
- Shoval, G., Zalsman, G., Polakevitch, J., Shtein, N., Sommerfeld, E., Berger, E., & Apter, A. (2005). Effect of the broadcast of a television documentary about a teenager's suicide in Israel on suicidal behavior and methods. *Crisis*, 26(1):20–24.
- Shoval, G., Sever, J., Sher, L., Diller, R., Apter, A., Weizman, A., & Zalsman, G. (2006). Substance use, suicidality, and adolescent-onset schizophrenia: an Israeli 10-year retrospective study. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 16(6):767–775.
- Sindelar, H.A., Barnett, N.P., & Spirito, A. (2004). Adolescent alcohol use and injury. A summary and critical review of the literature. *Minerva Pediatr*, 56(3):291–309.
- Swahn, M.H., Bossarte, R.M., Sullivent, E.E. III (2008). Age of alcohol use initiation, suicidal behavior, and peer and dating violence victimization and perpetration among high-risk, seventh-grade adolescents. *Pediatrics*, 121(2):297–305.
- Swahn, M.H., Ali, B., Bossarte, R.M., Van, D.M., Crosby, A., Jones, A.C., & Schinka K.C. (2012). Self-harm and suicide attempts among high-risk, urban youth in the U.S.: shared and unique risk and protective factors. *Int J Environ Res Public Health*, 9(1):178–191.
- Vajda, J., & Steinbeck, K. (2000). Factors associated with repeat suicide attempts among adolescents. *Aust NZ J Psychiatry*, 34(3):437–445.
- van Ours, J.C., Williams, J., Fergusson, D., & Horwood, L.J. (2013). Cannabis use and suicidal ideation. *J Health Econ*, 32(3):524–537.
- Wilcox, H.C. (2004). Epidemiological evidence on the link between drug use and suicidal behaviors among adolescents. *Can Child Adolesc Psychiatr Rev*, 13(2): 27–30.
- Wolitzky-Taylor, K.B., Ruggiero, K.J., McCart, M.R., Smith, D.W., Hanson, R.F., Resnick, H.S., de Arellano, M.A., Saunders, B.E., & Kilpatrick, D.G. (2010). Has adolescent suicidality decreased in the United States? Data from two national samples of adolescents interviewed in 1995 and 2005. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 39(1):64–76.

HÁBITOS DE CONDUCCIÓN ASOCIADOS A VULNERABILIDAD EN ACCIDENTES VIALES EN JÓVENES

Carlos Alberto Mirón Juárez
Claudia García Hernández
Eneida Ochoa Avila
Instituto Tecnológico de Sonora

RESUMEN

Dentro del marco de la problemática de accidentes viales se ha identificado a los jóvenes conductores como la población con mayor incidencia y mortandad, esta distribución ha sido asociada a las conductas de riesgo al volante, el propósito del uso del vehículo automotor y los escenarios en los que conducen los jóvenes. Debido a lo anterior, la presente investigación tuvo como objetivo desarrollar perfiles de hábitos en conductores jóvenes para cada categoría con el fin de asociarlos a características como la edad, sexo, experiencia, entre otros. A través del análisis de conglomerados se obtuvieron diez tipos de perfiles, tres para los hábitos de horario, tres para los hábitos de destino y cuatro para los hábitos de conducta de riesgo. Dentro de los hallazgos encontrados, es posible destacar que existieron diferencias significativas entre los hábitos de conductas de riesgo a partir de si tienen licencia de conducir o no ($p = .048$), el tiempo de experiencia conduciendo ($p = .005$), poseer o no seguro vehicular ($p = .004$), tener experiencia en accidentes viales ($p = .026$) y la edad ($p < .001$). Lo anterior destaca una relación entre las características de los jóvenes con sus hábitos, sugiriendo la necesidad de identificar aquellos jóvenes que pueden encontrarse en mayores condiciones de vulnerabilidad.

Palabras clave: hábitos de riesgo vial en jóvenes, vulnerabilidad en accidentabilidad vial, características atributivas de riesgo en jóvenes.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que aproximadamente 1.2 millones de personas mueren al año por causa de los accidentes automovilísticos (OMS, 2015). Se ha reportado que este tipo de accidentes son la novena

causa de muerte en el mundo y que se estima que pasará a ser la quinta para el año 2030; asimismo se destaca que es la segunda causa de muerte en niños y la primera causa de muerte en jóvenes de 15 a 29 años de edad (OMS, 2009).

También se ha hecho una distinción puntual entre hombres y mujeres, siendo los hombres los conductores que reportan mayor incidencia de mortalidad por accidentes, así mismo la OMS señala que otra característica de la distribución de mortalidad obedece a las diferencias entre países en desarrollo y desarrollados, donde son las poblaciones en países en desarrollo quienes sufren de mayor número de muertes por accidentes viales (OMS, 2013).

En México, aproximadamente 380,000 accidentes viales son reportados anualmente, y como consecuencia de estos se estima que fallece un aproximado de 4,500 personas al año (INEGI, 2015a). Se destaca además que aproximadamente el 75% de los accidentados son hombres de entre 16 y 24 años de edad y se reporta también un aumento en los últimos años en la incidencia de las mujeres (INEGI, 2015b).

Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) aproximadamente el 93% de los accidentes en México obedecen a errores de conducción o a conductas de riesgo por parte de los conductores (INEGI, 2015a), denotando un alto componente comportamental en dicha problemática.

Debido a las características particulares en la distribución de los accidentes y a la mortalidad en los mismos, se ha señalado a los jóvenes conductores como el grupo más vulnerable dentro de los escenarios viales; debido a lo anterior, el interés por comprender los procesos y elementos asociados a la condición de juventud ha llevado a diversos autores a tratar de explicar por qué de dicha incidencia.

En lo que respecta a la diferencia en la incidencia de accidentes entre hombres y mujeres, autores como Baxter, et al. (1990), reportaron en su estudio, diferencias significativas entre las actitudes que tienen los conductores hacia los escenarios de riesgo en función de su sexo. Asimismo, los autores sugieren que existe una diferenciación en los hábitos de los conductores varones y mujeres, y que dichos hábitos

inciden en la frecuencia en que se presentan ante situaciones de riesgo vial. Por su parte, Prato, Toledo, Lotan y Ben-Ari, (2010), reportan que también existe una diferencia significativa en la manera en que los hombres y las mujeres perciben el riesgo durante las conductas de manejo vehicular.

En lo que respecta a la edad, la condición de juventud ha sido asociada a la inexperiencia por parte de los conductores (Quimby y Watts, 1981), lo anterior debido a que se ha asumido que la poca experiencia que tienen los jóvenes no permite aun el desarrollo de capacidades para detectar el peligro, ya que pueden no contar con la información necesaria (Levy, 1990) y sobrestimar las capacidades propias (Ferguson, Leaf, Williams y Preusser, 1996).

Por otra parte, se ha asumido que dichos factores actitudinales y perceptuales, subyacen como factores psicológicos implícitos en la habituación de ciertas conductas, y que una vez generados los hábitos, dichos factores se convierten en procesos automáticos que permiten la constancia de una conducta en particular (Fazio, 1986). En ese sentido, también se ha señalado que los hábitos de conducción son diferentes en los jóvenes, debido al estilo de vida que llevan; el hecho de hacer uso del automóvil en diversos horarios, y para propósitos particulares puede exponer a los jóvenes a escenarios de mayor riesgo en comparación a otros grupos de edad (DGT, 2001).

Diversos autores han señalado que los jóvenes suelen utilizar el automóvil para el ocio, y por la noche, escenarios que vuelven a los conductores más vulnerables a sufrir un accidente de tránsito, ya que el destino y horario en el que habitan conducir puede repercutir en la conducción en escenarios de poca luz, uso de bebidas alcohólicas u otras drogas, conducción con pares, etc. (Hoppe y Teka, 1996; Preusse, Williams y Lund, 1997; Berg, 2000).

Por último, se ha asociado a la conducción vial por parte de los jóvenes, diversos factores sociales que pueden incidir en sus hábitos de manejo y en el riesgo al que se exponen. Entre estos factores se encuentra la influencia de la familia, debido a que muchos jóvenes empiezan a conducir bajo la tutela o supervisión de los padres, estos se vuelven un referente importante en las prácticas futuras de los hijos; seña-

lándose que los jóvenes suelen repetir las mismas conductas de riesgo que los padres (Muir, et al. 2010) o conductas protectoras, si es que son promovidas por ellos (Cestac, Paran y Delhomme, 2013).

Debido a lo anteriormente expuesto, es trascendente asumir la importancia que tienen las características atribuibles a los jóvenes conductores, y a pesar de ser abordados por diversos estudios, cabe destacar la necesidad de discernir cómo inciden los hábitos que tienen los conductores de 16 a 24 años en relación a las conductas de riesgo al volante, así como a sus características atributivas. Por lo que el presente estudio, tiene como objetivo identificar los principales perfiles de los conductores jóvenes en función de sus hábitos de horario, destino y riesgo, así como conocer las relaciones que tienen dichos hábitos de manejo con atribuciones como la edad, el sexo y otros factores sociales referidos en la literatura.

MÉTODO

En el presente estudio se opta por un diseño transversal no-experimental, puesto que se dispone de una sola medida de las variables, en un único momento.

El instrumento utilizado fue un cuestionario de elaboración propia basado en lo expuesto por Fazio (1986), Hoppe y Tekaar (1996), Preusse, Williams y Lund (1997) y Berg (2000); categorizando los datos de edad, sexo, tiempo conduciendo, modo de aprendizaje, propiedad del automóvil, condición de seguro del automóvil, condición legal del automóvil y experiencia de accidente como conducto. Asimismo, se utilizó una escala de frecuencia de uso del vehículo en función del destino, del horario y de conductas de riesgo al volante, la cual comprendió de 1 = 'Poca frecuencia' a 3 = 'Alta frecuencia'.

Se optó por una muestra no probabilística de tipo intencional por cuotas, a partir de una población de 105,011 jóvenes de 16 a 24 años de edad residentes de la ciudad de Hermosillo y se calculó una muestra de 436 ($M = 19.19$, $DE = 2.61$) jóvenes a través de la fórmula de muestras finitas con el fin de procurar que ésta sea representativa (Sierra, 2003).

PROCEDIMIENTO

Se acudió a diversos centros educativos de nivel media superior y superior, solicitando información de su edad y eran conductores. Una vez identificados los participantes idóneos para el muestreo, se les solicitó contestaran de manera anónima el instrumento en físico, bajo las indicaciones descritas en papel, así como la guía de un aplicador en dado caso de que existieran dudas para contestar el cuestionario.

Una vez contestados los cuestionarios, se vaciaron en una base de datos en el programa SPSS versión 23, para posteriormente llevar a cabo un análisis de conglomerados como lo sugieren Picón, Varela y Real (2003). Se lleva a cabo primero un análisis jerárquico tomando en cuenta las distancias euclídeas al cuadrado empleando el método de conglomeración de Ward (Hair, Anderson, Tatham y Black (1999), para identificar el número pertinente de conglomerados en cada tipo de hábito, el primero contempla tres variables, la frecuencia del uso del vehículo con destino familiar, laboral, social y académico; el segundo análisis se lleva a cabo con las variables de frecuencia de uso durante la mañana, tarde y noche; y el tercero con las variables de frecuencia de conductas de riesgo por exceso de velocidad, uso de bebidas alcohólicas y trasgresión de señales de alto. Una vez identificado el número de conglomerados se lleva a cabo un análisis no jerárquico con el método k-medias generando los grupos de perfil para cada tipo de hábito, corroborando las diferencias dentro de la distribución de los niveles de frecuencia entre los grupos de los conglomerados identificados.

Una vez obtenidos los conglomerados, se somete cada uno de los perfiles obtenidos a las pruebas de hipótesis bajo tabla de contingencia para las variables atributivas de sexo, licencia, tiempo conduciendo, modo de aprendizaje, propiedad del automóvil, condición del seguro vehicular, condición legal del automóvil, experiencia en accidentes y el grupo de edad.

RESULTADOS

Con el fin de generar perfiles de hábitos de conducción en los jóvenes, se llevó a cabo el análisis de conglomerados jerárquicos a través del método Ward, donde a partir

del dendrograma adquirido se observó el número de agrupaciones a niveles de distancia euclídea pertinentes, donde se determinaron cuatro conglomerados para los hábitos de destino vial, tres para los hábitos de horario de conducción y tres para los hábitos de conductas de riesgo.

Una vez determinado el número de conglomerados se realizó un análisis de conglomerados k-medias para cada una de las variables analizadas, con el fin de agrupar a los conductores en los diferentes perfiles de conducción por destino, horarios y conductas de riesgo.

En la tabla 1, se muestran la distribución de los sujetos para cada grupo de conglomerados, los valores de media en cada una de las dimensiones correspondientes al tipo de hábito, el puntaje de Chi cuadrado y la significancia producto del análisis de Kruskal-Wallis.

Tabla 1
Valores de media para cada dimensión por conglomerado y Chi cuadrado.

Conglomerados del Hábito de Destino						
Dimensión	1-D n = 139	2-D n = 144	3-D n = 153	Chi Cuadrado	p	
Escuela	2.67	1.09	1.30	276.96	<.001	
Amigos	2.68	1.60	1.43	183.10	<.001	
Trabajo	2.85	2.85	1.46	319.06	<.001	
Familia	2.78	2.30	1.54	178.88	<.001	
Conglomerados del Hábito de Horario						
	1-H n = 359	2-H n = 46	3-H n = 31	Chi Cuadrado	p	
Mañana	1.00	2.17	2.74	393.02	<.001	
Tarde	1.44	1.65	2.93	103.00	<.001	
Noche	1.05	1.67	2.80	253.63	<.001	
Conglomerados del Hábito de Riesgo						
	1-R n = 195	2-R n = 133	3-R n = 66	4-R n = 42	Chi Cuadrado	p

Tabla 1 (continuación).
Valores de media para cada dimensión por conglomerado y Chi cuadrado.

Conglomerados del Hábito de Destino						
Dimensión	1-D n = 139	2-D n = 144	3-D n = 153	=	Chi Cuadrado	p
Exceso de Velocidad	1.21	1.30	2.06	3.00	209.08	<.001
Alcohol	1.06	1.10	2.60	1.28	286.08	<.001
Alto	3.00	1.72	2.53	2.38	307.45	<.001

La tabla 2 muestra las distancias euclídeas entre cada perfil dentro de los distintos conglomerados obtenidos, se logró observar que, para los hábitos de destino, los conglomerados más diferenciados fueron el 3-D y el 1-D, y los más semejantes 2-D y 3-D. En el caso de los hábitos de horario, los conglomerados más semejantes fueron el 1-H y 2-H, y los más alejados el 3-H y 1-H; por último, los conglomerados de hábito por riesgo mostraron menor distancia entre el 1-R y 2-R, y mayor distancia entre 1-R y 4-R.

Tabla 2
Distancia entre los centros de los conglomerados finales

Conglomerados del Hábito de Destino			
	1-D	2-D	3-D
1-D	-	1.873	2.753
2-D	1.873	-	1.601
3-D	2.753	1.601	-
Conglomerados del Hábito de Horario			
	1-H	2-H	3-H
1-H	-	1.344	2.887
2-H	1.344	-	1.803
3-H	2.887	1.803	-

Tabla 2 (continuación).
Distancia entre los centros de los conglomerados finales

Conglomerados del Hábito de Riesgo				
	1-R	2-R	3-R	4-R
1-R	-	1.275	1.822	1.902
2-R	1.275	-	1.860	1.822
3-R	1.822	1.860	-	1.627
4-R	1.902	1.822	1.627	-

Una vez obtenidos los conglomerados se procedió a analizar la distribución de la población en relación a las variables de destino, horario y riesgo (Tabla 1); con el fin de interpretar y describir el perfil dentro de cada conglomerado.

Para los conglomerados relacionados a los hábitos de destino se encontró un primer conglomerado (1-D) el cual se identificó como Conductor Académico-Social, quienes reportan una mayor frecuencia en el uso del vehículo con el fin de ir a actividades académicas y sociales; además reportan una baja incidencia en destinos como la el trabajo o con familiares.

El segundo conglomerado en los hábitos de destino (2-D) correspondió al perfil del Conductor Laboral-Familiar, siendo conductores que reportaron una baja frecuencia en el uso del vehículo en destinos como la escuela o los amigos, y tienden a manejar exclusivamente para actividades laborales y para frecuentar a la familia. Para el tercer conglomerado (3-D) se identificó el perfil de Conductores sin destino habitual, quienes reportan una baja frecuencia en el uso del vehículo para cualquiera de los destinos mencionados, se presume que son aquellos conductores ocasionales que utilizan el vehículo de forma esporádica y sin un destino frecuente.

En el caso de los perfiles de hábitos en sus horarios, se lograron interpretar los tres conglomerados sugeridos, identificando el primer conglomerado (1-H) como perfil del Conductor vespertino y nocturno; siendo aquel que presenta una mayor frecuencia en el uso del automóvil durante los

periodos de 3 de la tarde a 6 de la tarde, y ocasionalmente durante la noche en condiciones de poca iluminación.

El segundo conglomerado (2-H) corresponde al Conductor matutino y vespertino, quien frecuenta conducir a tempranas horas del día y por la tarde, comprendiendo horarios de 6 de la mañana a 6 de la tarde. Así mismo, el tercer conglomerado (3-H) se determinó como Conductor constante debido a que son aquellos que reportan una alta frecuencia en el uso del vehículo a lo largo del día, es el conductor que usualmente lleva a cabo actividades con horarios de tiempo completo y sus hábitos de conducción obedecen a actividades académicas o laborales constantes.

En lo que respecta a la taxonomía de perfiles de conductores por sus conductas de riesgo, se interpretaron cuatro conglomerados de la siguiente manera, el primer conglomerado (1-R) se identificó como perfil de Conductor en trasgresión de alto, ya que es el conductor que frecuenta la trasgresión de indicadores de alto total como semáforos o señales de alto. Un segundo conglomerado (2-R) como Conductor seguro por presentar baja frecuencia en conductas riesgosas como el exceso de velocidad, el uso de bebidas alcohólicas durante la conducción, y la trasgresión de señalamientos de alto.

Un tercer conglomerado (3-R) obedeció al perfil de Conductor bajo alcoholemia y trasgresión de alto, ya que dentro de este se reportaron mayor frecuencia en el uso de bebidas alcohólicas durante la conducción vehicular y la trasgresión de señalamientos de alto. Y por último, el cuarto conglomerado (4-R) se identificó como el perfil del Conductor en exceso de velocidad y alcoholemia, que frecuenta conducir consumiendo alcohol y exceder el límite de velocidad permitido.

La tabla 3 muestra la contingencia de cada grupo de perfil de hábito de destino con las variables atributivas abordadas, donde se observa que existieron diferencias significativas entre los perfiles de hábitos de destino en función de la condición de licencia ($p < .001$), el tiempo conduciendo ($p < .001$), el modo de aprendizaje ($p = .005$), la propiedad del automóvil ($p < .001$), condición de seguro ($p = .005$), condición

de legalidad del vehículo ($p = .045$), el haber tenido accidente como conductor $p < .001$) y los grupos de edad ($p < .001$).

Tabla 3
Tabla de contingencia para perfil del hábito de destino y variables atributivas de los jóvenes conductores.

Atributos	Conglomerados de hábitos de destino			Chi Cuadrada	p
	1-D	2-D	3-D		
Sexo					
Mujer	63	64	75	.708	.702
Hombre	76	80	78		
Condición de Licencia					
Con licencia	109	37	57	87.217	<.001
Sin licencia	30	107	96		
Tiempo conduciendo					
Menos de 1 año	12	51	65	82.659	<.001
1 a 2 años	29	50	43		
2 a 4 años	42	31	21		
5 años o más	56	12	24		
Modo de aprendizaje					
Padres	87	102	89	22.007	.005
Otro familiar	6	14	20		
Amigos	5	8	12		
Academia	19	6	9		
Solo	22	14	23		
Propiedad del automóvil					
Propio	48	19	16	53.982	<.001
Padres	87	120	111		
Amigos	1	2	10		
Otros familiares	3	3	16		
Condición de seguro					
Sin seguro	55	65	84	15.034	.005
Daños a terceros	29	27	38		
Cobertura total	55	52	31		
Condición legal del vehículo					

Resultados de Investigación en el Noroeste de México

Tabla 3 (continuación)

Tabla de contingencia para perfil del hábito de destino y variables atributivas de los jóvenes conductores

Atributos	Conglomerados de hábitos de destino			Chi Cuadrada	p
	1-D	2-D	3-D		
Sin placas	5	6	17		
Permiso/Amparo	10	15	14	9.726	.045
Con placas	124	123	122		
Experiencia de Accidente					
Accidentado	41	8	11	42.737	<.001
No accidentado	98	136	142		
Grupo de Edad					
16 a 18 años	27	79	59	38.516	<.001
19 a 21 años	57	35	44		
22 a 24 años	55	30	50		

Para los hábitos de horario (Tabla 4) se observaron diferencias significativas en función de la condición de licencia ($p=.000$), el tiempo conduciendo ($p=.000$), el modo de aprendizaje, ($p=.011$), la propiedad del automóvil ($p=.002$) la experiencia en accidente ($p=.000$) y el grupo de edad ($p=.004$).

Tabla 4

Tabla de contingencia para perfil del hábito de horario y variables atributivas de los jóvenes conductores.

Atributos	Conglomerados de hábitos de horario			Chi Cuadrada	p
	1-H	2-H	3-H		
Sexo					
Mujer	166	24	12	1.357	.507
Hombre	193	22	19		
Condición de Licencia					
Con licencia	145	32	26	32.621	<.001
Sin licencia	214	14	5		
Tiempo conduciendo					

Vulnerabilidad y Factores Psicosociales:

Tabla 4 (continuación).

Tabla de contingencia para perfil del hábito de horario y variables atributivas de los jóvenes conductores.

Tiempo conduciendo					
Menos de 1 año	117	11	0		
1 a 2 años	106	11	5	32.847	<.001
2 a 4 años	74	10	10		
5 años o más	62	14	16		
Modo de aprendizaje					
Padres	235	26	17		
Otro familiar	36	2	2		
Amigos	22	3	0	19.787	.011
Academia	20	9	5		
Solo	46	6	7		
Propiedad del automóvil					
Propio	57	12	14		
Padres	269	33	16	20.501	.002
Amigos	12	1	0		
Otros familiares	21	0	1		
Condición de seguro					
Sin seguro	175	15	14		
Daños a terceros	78	12	4	6.710	.152
Cobertura total	106	19	13		
Condición legal del vehículo					
Sin placas	26	2	0		
Permiso/Amparo	31	5	3	3.053	.549
Con placas	302	39	28		
Experiencia de Accidente					
Accidentado	34	12	14	37.212	<.001
No accidentado	325	34	17		
Grupo de Edad					
16 a 18 años	150	9	6		
19 a 21 años	105	21	10	15.580	.004
22 a 24 años	104	16	15		

Por último, se observan diferencias significativas por la condición de licencia ($p = .048$), el tiempo conduciendo ($p = .005$), la propiedad del auto ($p = .090$), la condición de seguro ($p = .004$), la experiencia con accidentes ($p = .026$) y el grupo de edad ($p < .001$) con los perfiles de hábitos de riesgo (Tabla 5).

Tabla 5
Tabla de contingencia para perfil del hábito de riesgo y variables atributivas de los jóvenes conductores.

Atributos	Conglomerados de hábitos de riesgo				Chi Cuadrada	P
	1-R	2-R	3-R	4-R		
Sexo						
Mujer	93	66	29	14	3.731	.292
Hombre	102	67	37	28		
Condición de Licencia						
Con licencia	91	51	37	24	7.892	.048
Sin licencia	104	82	29	18		
Tiempo conduciendo						
Menos de 1 año	62	43	12	11	23.654	.005
1 a 2 años	50	49	15	8		
2 a 4 años	41	26	18	9		
5 años o más	42	15	21	14		
Modo de aprendizaje						
Padres	123	85	37	33	15.243	.228
Otro familiar	19	12	8	1		
Amigos	14	9	1	1		
Academia	13	13	5	3		
Solo	26	14	15	4		
Propiedad del automóvil						
Propio	43	16	14	10	15.031	.090
Padres	134	102	51	31		
Amigos	7	4	1	1		
Otros familiares	11	11	0	0		

Tabla 5 (continuación).

Tabla de contingencia para perfil del hábito de riesgo y variables atributivas de los jóvenes conductores.

Condición de seguro						
Sin seguro	91	66	37	10		
Daños a terceros	45	28	5	16	19.080	.004
Cobertura total	59	39	24	16		
Condición legal del vehículo						
Sin placas	13	12	1	2		
Permiso/Amparo	14	14	9	2	8.068	.233
Con placas	168	107	56	38		
Experiencia de Accidente						
Accidentado	22	14	16	8		
No accidentado	173	119	50	34	9.281	.026
Grupo de Edad						
16 a 18 años	71	69	12	13		
19 a 21 años	54	32	32	18	29.402	<.001
22 a 24 años	70	32	22	11		

CONCLUSIONES

A partir del análisis de conglomerados se lograron obtener diversos perfiles de conducción en los tres rubros abordados, los cuales tuvieron características de distribución apropiadas a las magnitudes de las frecuencias reportadas por los participantes, observándose diferencias significativas en la distribución entre cada uno de los grupos dentro del mismo rubro.

La distribución de cada conglomerado mostró un nivel de homogeneidad considerable, a excepción de los conglomerados obtenidos para los hábitos de horario; esto puede deberse a que la mayoría de los sujetos reportó tener poca frecuencia en el uso del vehículo, lo cual es esperable por ser una población en proceso de integración con los escenarios viales.

Los hallazgos obtenidos mostraron valores significativos entre la mayoría de los atributos y los diferentes tipos de hábitos de conducción, se destaca que el sexo fue el único atributo que no presentó significancia para algún tipo de perfil. Lo anterior contrasta con lo propuesto por Baxter, et al. (1990), sugiriéndose entonces que los hábitos de conducción en este grupo, no se encuentran directamente relacionados con ser hombre o mujer, sino con otro tipo de variables mediadoras.

Se destaca, además, que sólo se observaron diferencias significativas entre los perfiles de hábitos de destino y horario en función de cómo aprendieron a conducir los jóvenes; lo anterior sugiere que el aprender por parte de los padres o por otros medios no se relaciona directamente con los hábitos de riesgo, aunque retomando lo mencionado por Muir, et al. (2010), no se debe descartar la posible influencia de los padres en la forma en que los hijos se involucran en conductas de riesgo vial, aun cuando estos no hayan sido quienes gestionen su aprendizaje.

Por otra parte, la propiedad del automóvil mostró diferencias significativas sólo en los hábitos de destino y horario. Lo anterior se entiende debido a que se espera que la autonomía en el uso del vehículo, tanto en la decisión del destino y como en el horario de su uso, se encuentre condicionado a si el automóvil pertenece a los mismos jóvenes o si pertenece a otras personas filiales a ellos.

En lo que respecta al haber experimentado un accidente como conductor, se encontraron diferencias significativas en los tres tipos de hábitos, sugiriendo que aquellos jóvenes que ya cuentan con dicha experiencia, pudieran reconsiderar sus destinos, horarios de manejo y conductas durante las trayectorias. Otro atributo a considerar, fue el contar con seguro automovilístico, el cual mostró principalmente diferencias significativas en los hábitos de riesgo vial; lo anterior permite sugerir que puede existir una influencia en la percepción de los sujetos, como, por ejemplo, una falsa sensación de seguridad, que repercute en hábitos conductuales riesgosos.

En lo que respecta a los grupos de edad, se observan diferencias significativas entre los diferentes perfiles por hábito, donde en el caso de los hábitos de destino y horario, se

sugiere que estos obedecen a los cambios de estilo de vida entre los grupos de edad, así como la posible adquisición de diferentes grados de autonomía conforme los jóvenes aumentan su edad.

Sin embargo, en el caso particular de los hábitos de conducción riesgosa, se observa que la pertenencia al grupo de menor edad es mayor dentro del perfil del conductor seguro; esto sugiere que los conductores más jóvenes pueden llegar a procurar no involucrarse en conductas de riesgo al percibirse más vulnerables que los jóvenes con mayor edad; este tipo de distribución también se observa en relación al tiempo que llevan los jóvenes conduciendo. Lo anterior sugiere que pueden existir otros factores involucrados en la incidencia de accidentes por parte de este grupo, incidiendo en el contraste entre la incidencia reportada en las conductas por grupo de edad y la estadística de accidentabilidad.

Por último, se reconoce como limitaciones del estudio la ausencia del uso de instrumentos más afines a variables mediadoras; asimismo, la muestra abordada sólo contempla a jóvenes conductores, por lo que no es posible comparar dichos hábitos con poblaciones fuera de este grupo.

Para futuros estudios se sugiere contemplar la ampliación de la muestra a otros grupos de edad, así como un rango más amplio de propiedades en las conductas de riesgo de los jóvenes, si bien la incidencia puede ser un indicador del riesgo, no se presentan grados de riesgo por tipo de conducta; así mismo, es recomendable considerar niveles de habilidad de los conductores con el fin corroborar aspectos de función y logro dentro de las conductas de riesgo al volante.

REFERENCIAS

- Baxter, J., Manstead, A., Stradling, S., Campbell, K., Reason, J. y Parker, D. (1990). Social facilitation and driver behaviour. *British Journal of Psychology*, 81, 351-360. Doi: 10.1111/j.2044-8295.1990.tb02366.x
- Berg, H. (2000) Unga förare med olycka och unga förare utan olycka. Vilka likheter och skillnader finns? (Los conductores jóvenes con accidente y jóvenes conductores sin accidentes. ¿Qué similitudes y diferencias existen?). PROVITIONAL VTIr. Suecia. Doi: 10.1111/j.2044-8295.1990.tb02366.x
- Cestac, J., Paran, F. y Delhomme, P. (2013). Drive as I say, not as I drive: Influence of injunctive and descriptive norms on speeding intentions among young drivers. *Transportation Research Part F*. 23 44-56. Doi: 10.1016/j.trf.2013.12.006
- DGT (2001). Población de Riesgo. 150 números. *Revista Tráfico*, 150.
- Fazio, R. H. (1986). How do attitudes guide behaviour? En R. M. Sorretino & E.T. Higgins (Eds), *Handbook of motivation and cognition: Foundations of social behaviour* (pp. 204-243). New York; Guildford.
- Ferguson, S.A.; Leaf, W.A.; Williams, A.F. y Preusser, D. F. (1996). Differences in young driver crash involvement in states with varying licensure practices. *Accident Analysis and Prevention*, 28(2), 171- 180. Doi: 10.1016/0001-4575(95)00051-8
- Hoppe, R. y Tekaar, A. (1996). Disco busses. *Bast Report M*. 42.
- INEGI (2015a). Estadística de accidentes de tránsito terrestre en zonas urbanas y suburbanas. Recuperado en: http://www.inegi.org.mx/lib/olap/General_ver4/MDXQueryDatos.asp
- INEGI (2015b). Estadísticas de Mortalidad. Consultado en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/default.aspx> a marzo de 2016.
- Levy, D.T. (1990). Youth and traffic safety: The effects of driving age, experience, and education. *Accident Analysis and Prevention*, 22, 327-334. Doi: 10.1016/0001-4575(90)90048-P
- Muir, C., Devlin, A., Oxley, J., Kopinathan, C., Charlton, J. y Koppel, S. (2010). Parents as role models in road safety. Monash University, Accident Research Centre.
- Organización Mundial de la Salud (2009). Informe sobre la situación mundial de la seguridad vial. Departamento de Prevención de la Violencia y los Traumatismos y Discapacidad, Suiza. Recuperado de: www.who.int/violence_injury_prevention
- Organización Mundial de la Salud (2013). Global status report on road safety 2013: supporting a decade of action. Who library cataloguing-in-Publication Data. Recuperado en: [http://apps.](http://apps.who.int/iris/handle/10665/113612)

- who.int/iris/bitstream/10665/78256/1/9789241564564_eng.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2015). Global status report on road safety 2015: supporting a decade of action. Who library cataloguing-in-Publication Data.
- Picón, E. Varela, J. y Real, E. (2003). Clasificación y Segmentación Post Hoc mediante el Análisis de Conglomerados. En J.P. Lévy y J. Varela (Dir.): Análisis Multivariante para las Ciencias Sociales. Madrid: Pearson Educación.
- Prato, C. G., Toledo, T., Lotan, T., y Taubman - Ben-Ari, O. (2010). Modeling the behavior of novice young drivers during the first year after licensure. *Accident Analysis y Prevention*, 42(2), 480-486. Doi: 10.1016/j.aap.2009.09.011
- Preusse, D.F., Williams, A.F. y Lund, A.K. (1997). The effect of New York's seat belt law on teenage drivers. *Accident Analysis and Prevention*, 19, 73-80. Doi: 10.1016/0001-4575(87)90026-1
- Quimby, A. R. y Watts, G. R. (1981). Human factors and driving performance. Report No. 1004. Berkshire, England: Transportation and Road Research Laboratory.
- Sierra, R. (2003). Técnicas de Investigación Social. Madrid: Thomson.

PREVALENCIA DE OBESIDAD Y DESNUTRICIÓN EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL VALLE DEL YAQUI

Irma Díaz-Meza
Iván Toledo-Dominguez
Lorenia López-Araujo
Hebert Quintero-Portillo
Eddy Tolano-Fierros
Instituto Tecnológico de Sonora

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue determinar la prevalencia de obesidad y desnutrición en escolares y adolescentes participantes de la tercera olimpiada del Valle del Yaqui. Se realizó un estudio transversal en niños de 8 a 16 años de edad que participaron en la tercera olimpiada del Valle del Yaqui, siendo un total de 70 niños y adolescentes de los cuales 31 eran del sexo femenino y 39 del sexo masculino, todos procedentes de escuelas primarias y secundarias de 9 comunidades del Valle del Yaqui. Se obtuvo que el 20% de los escolares estudiados presentan obesidad y el 31.4% de los niños sufren desnutrición crónica, ambas están por encima de la media nacional, en relación al sexo no se lograron observar diferencias. Es importante realizar estudios sobre el comportamiento de los niños ya que existen estudios que mencionan que la desnutrición causa secuelas irreparables en áreas cognoscitivas y de comportamiento, así como en la calidad de vida y la capacidad de aprendizaje.

Palabras clave: obesidad, sobrepeso, desnutrición, adolescentes, niños

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la obesidad es definida como “una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud” (OMS, 2017). Para Moreno (2012), es una enfermedad crónica de alta prevalencia en la mayoría de los países del mundo, caracterizada por el almacenamiento de grasa corporal en exceso; y dependiendo de la cantidad de ésta y de donde

se encuentra determinará riesgos de salud que limitarán las expectativas y la calidad de vida de quien la padezca. Por lo tanto la obesidad es una enfermedad caracterizada por la acumulación excesiva de grasa que compromete la salud y calidad de vida de quien la padece, en dependencia de la ubicación donde este dicho almacenamiento.

En México la prevalencia de sobrepeso y obesidad para los escolares fue de 33.2% de acuerdo a lo que reportó la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino (ENSANUT MC) (2016); 1.2 puntos porcentuales menor a lo que se reportó en el 2012 en la ENSANUT, siendo esta de 34.4% (Gutiérrez et al., 2012). Para sobrepeso la prevalencia fue de 17.9% y obesidad de 15.3%; en el caso de las prevalencias por género se reporta en la ENSANUT MC del 2016 una prevalencia de sobrepeso y obesidad para niños de 5.4 y 18.3% respectivamente y en las mujeres de 20.6 y 12.2% respectivamente (Instituto Nacional de Salud Pública, 2016).

En lo que respecta al estado de Sonora, de acuerdo a los resultados arrojados por la ENSANUT de 2012, en el estado existía una prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad de 36.9%, superior a la reportada en la misma encuesta a nivel nacional y a la que se reportó por la ENSANUT MC en el 2016. El 19.8% de los escolares sonorenses tenían sobrepeso y el 14.6% obesidad (INSP, 2013). En la ciudad de Hermosillo; Meléndez, Cáñez & Frías (2010), en un grupo de 366 niños y niñas de 7 a 12 años, encontraron una prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad del 40%, donde los hombres presentaban las mayores prevalencias de sobrepeso y obesidad (19.30 y 24% respectivamente) a comparación de las mujeres (17.30 y 19% respectivamente). En Villa Juárez, municipio cercano a Ciudad Obregón, se estudiaron a 101 niños y niñas de 6 a 12 años de edad, encontrándose que el 21.8% presentaron sobrepeso y el 24% obesidad (López-Morales et al., 2014).

En Ciudad Obregón, Sonora de acuerdo a los estudios realizados por Brito-Zurita, et al., en el 2014, en una muestra el 27.1% de los niños y niñas presentaron obesidad en una muestra de 684 escolares de 6 a 12 años de edad; de los cuales el 14.5 % de los niñas y 12.6 % presentaron obesidad. De igual forma Toledo-Domínguez et al., (2017), en una mues-

tra de 502 escolares encontraron que el 22.6% de las mujeres presentaban sobrepeso y el 16.5% obesidad, en el caso de los hombres fue de 16.9 y 17.5% respectivamente. Como se puede observar la prevalencia de sobrepeso y obesidad en escolares en el estado de Sonora, en los diferentes municipios muestra un comportamiento similar al que se reporta a nivel estatal en las encuestas nacionales de salud; por lo que se considera se lleve a cabo un estudio donde se analice dicho comportamiento en los escolares de Ciudad Obregón, para que posteriormente se determinen los factores que pueden desarrollar estos problemas.

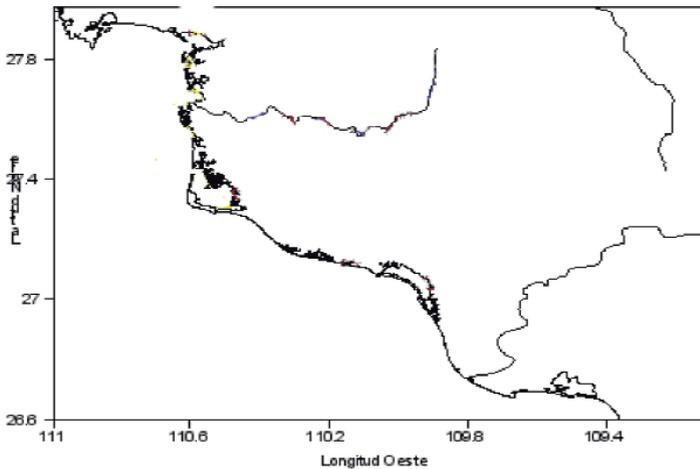
El panorama de la nutrición en México presenta grandes contrastes, por un lado la oferta de la energía disponible sobrepasa los requerimientos para cubrir la demanda y por el otro existe un deficiente acceso a los alimentos, lo que trae como consecuencia los problemas de obesidad y desnutrición crónica en los niños, respectivamente. Las deficiencias nutricionales impiden que los niños y niñas mexicanas tengan un adecuado desarrollo físico e intelectual y el exceso de energía que deriva a la obesidad aumento el riesgo de enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición (Urquía-Fernández, 2014).

La desnutrición es una enfermedad de gran prevalencia en América latina, siendo de los principales problemas de salud pública en el continente, las edades más estudiados son los niños menores de cinco años y por lo general se estudia esta por sexo, las regiones geográficas donde habitan, sus condiciones socioeconómicas, alfabetización; entre otros otras factores asociados (Kac & García, 2012). La desnutrición, puede entenderse como un déficit de energía, proteínas u otros nutrientes que afecta los tejidos y la composición corporal, generando efectos adversos en la funcionalidad e incrementando el riesgo de morbilidad y mortalidad, también puede deberse a un fallo en el suministro o ingesta de alimentos, a un ayuno deliberado o a enfermedades y se caracteriza por pérdida de peso y cambios en la composición corporal, que incluyen pérdida de grasa corporal y pérdida de masa magra (Lochsa et al., 2006).

De igual manera la desnutrición, está ligada a múltiples factores en los que destacan; una mala o déficit alimenta-

ción, el nivel socioeconómico y la disfunción de la dinámica familiar esta última muy poco estudiada. Un estudio realizado en niños mexicanos concluye que la disfunción de la dinámica familiar es causa de la desnutrición primaria aguda y crónica en el niño menor de 5 años, por lo anterior es un factor importante ligado a poblaciones vulnerables que tiene que analizarse cada vez más cuidadosamente para la prevención de desnutrición crónica; además del sobrepeso y obesidad del niño y niña (Vásquez et al., 2015).

En México, existen casi 1.5 millones de menores de cinco años que presentan baja talla para la edad, el cual es un indicador de la desnutrición crónica; es decir que el 14% de los preescolares mexicanos están desnutridos; pero en la población de las comunidades indígenas y rurales de México la prevalencia de desnutrición aumenta a 33.1% (Urquía-Fernández, 2014; Gutiérrez et al., 2012). Tal es el caso del Valle del Yaqui que se localiza en la costa noroeste de México en el Estado de Sonora, como se muestra en la imagen.



Se ubica en una región cuyo drenaje natural del Río Yaqui desemboca en las costas del Golfo de California. El Valle consiste de una región con vocación agrícola altamente tecnificada e intensiva colindante con una región desértica al norte, con zonas de estuarios al oeste, con una zona montañosa al este y con la zona de drenaje natural del río Yaqui colindando con el Valle del Río Mayo hacia el sur. El Valle

del Yaqui consiste de una zona de alrededor de 225,000 hectáreas de tierras de irrigación que incluye múltiples cultivos que van desde trigo, forrajes, algodón, maíz, entre muchos otros” una gran cantidad de la población que vive en este valle se dedican a la agricultura, ganadería y pesca, siendo una gran cantidad los que trabajan la tierra (jornaleros) de acuerdo a los datos reportados por Instituto Nacional de Ecología (Macías et al., 2008).

Como se ha mencionado es en los niños menores de cinco años donde se han realizado más estudios relacionados con la desnutrición crónica, como el estudio realizado por Diego & Vizcarra (2009), donde encontraron que la prevalencia de desnutrición de una muestra de 534 niños de uno a cinco años de edad, según el indicador peso para la talla de la región mazahua del Estado de México fue de 10.7%; para edades mayores se han reportado en tres comunidades rurales de Yucatán en una muestra de 144 escolares de 6 a 12 años el 14% de la muestra presentó una prevalencia de baja talla (Azcorra et al., 2016), además; De acuerdo al estudio realizado por García (2012), en municipio indígena y rural de Ixhuatlán de Madero, Veracruz, a niños escolares de 7 a 12 años, el 13% de los escolares presentaban retardo en el crecimiento o desnutrición crónica (baja talla), siendo los varones quienes padecían más el problema. Lo que indica que México presenta problemas de índole nutricional en ambos extremos. Existe evidencias que la desnutrición en menores cinco años en Chiapas quienes han sido beneficiados con programas del gobierno para la erradicación de este problema en zonas indígenas y rurales no han generado impacto en ellos, pues según lo reportado el 43.4% de los evaluados presentaron baja talla o desnutrición crónica, por lo que aún no se ha logrado un cambio en la desnutrición crónica con la implementación de los programas o aún no se cuenta con suficiente evidencia para confirmarlo (García Parra et al., 2015).

Son las comunidades rurales las que cuentan con un rezago educacional, los servicios básicos son deficientes, además en cuanto a la obtención de sus alimentos lo que antes hacían basado en la caza, pesca, recolección, se ha cambiado a la adquisición del 70% de sus alimentos por medio de la

compra de productos industrializados, los cuales se ofertan en mercados y tiendas de la comunidad (García, 2012). Debido a ello, la desnutrición infantil afecta directamente en la calidad de vida del niño y por lo tanto tiene graves repercusiones en el crecimiento y desarrollo integral evitando el progreso de la sociedad en general. Este problema causa secuelas irreparables principalmente en lo relacionado a las áreas cognitivas y de comportamiento; quienes presentan desnutrición tienen menor rendimiento intelectual, desempeño escolar, desarrollo de la creatividad; así como su capacidad física se ve reducida. Es decir los individuos que padecen desnutrición se ven afectados en su calidad de vida y su capacidad de aprendizaje se ve disminuida (Aylla-Gaytán y Díaz, 2015). Carrasco et al. (2016), estudiaron la relación del estado nutricional con el desarrollo mental psicomotor y del lenguaje en 576 niños de 7 a 26 meses de edad, que vivían en zonas rurales de México, encontrando que los niños con baja talla tenían un menor índice de desarrollo del lenguaje y el desarrollo psicomotor estaba relacionado con el peso al nacer.

Para la determinación de obesidad o desnutrición es comúnmente utilizado el índice de masa corporal (IMC), sin embargo actualmente se ha comprobado que el Índice Cintura Talla (ICT), también puede ser empleado como un buen predictor para la determinación de riesgo cardiovascular y metabólico en niños y adultos (Padrón-Martínez, Perea-Martínez & López-Navarrete, 2016). De acuerdo a lo señalado anteriormente en ciudad Obregón, Valle et al., (2016), analizaron a 223 niños, de 6 a 12 años de edad, encontrando que del total de la muestra, 51 presentaron hipertrigliceridemia, 27 hipercolesterolemia y 9 hiperglucemia, al mismo tiempo se comparó la eficiencia diagnóstica del ICT contra el IMC, confirmando que el primero un indicador más eficiente que el IMC para la identificación de riesgo metabólico en niños mexicanos de edad escolar, por lo que se recomienda emplear conjuntamente ambos indicadores.

Como se ha mencionado con anterioridad son pocos los estudios realizados en escolares del Valle del Yaqui y en las edades de 8 a 16 años, en relación a la obesidad y desnutrición, problemas que también se presentan en zonas vulne-

rables, es por lo anterior que es necesario la realización de estudios que ayuden a tener un diagnóstico de la situación actual y posteriormente intervenir para coadyuvar a la adquisición de hábitos saludables, y que se creen políticas públicas acorde a las necesidades de cada población y sobre todo que sean orientados para el estudio de los determinantes de la desnutrición y obesidad infantil, es por ello que en el presente estudio se plantea el siguiente problema:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia de obesidad y desnutrición en los escolares y adolescentes participantes de la tercera olimpiada del Valle del Yaqui?

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia de obesidad y desnutrición en escolares y adolescentes participantes de la tercera olimpiada del Valle del Yaqui.

MÉTODO

Se realizó un estudio transversal en niños de 8 a 16 años de edad que participaron en la tercera olimpiada del Valle del Yaqui en el mes de diciembre del 2017; siendo un total de 70 niños y adolescentes de los cuales 31 eran del sexo femenino y 39 del sexo masculino, todos procedentes de escuelas primarias y secundarias de 9 comunidades del Valle del Yaqui; donde los padres de los participantes otorgaron su consentimiento para realizar las mediciones de peso, talla y cintura a los sujetos, éstas fueron llevadas a cabo según el Manual de Antropometría del Departamento de Nutrición del Instituto de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Subirán, 2004). El cálculo del Índice de masa corporal (IMC) se realizó con la fórmula de Quetelet y el índice cintura estatura (ICT) dividiendo el perímetro de la cintura entre la estatura, siendo las dos mediciones en metros. Para lo anterior se capacito a cuatro alumnos de la licenciatura de ciencias del ejercicio físico del Instituto Tecnológico de Sonora (ITSON).

Para la determinación de la obesidad y baja talla, según IMC fueron calculados de acuerdo a las tablas para edad y sexo del CDC (Krebs et al. 2007), clasificándose con obesidad quienes se encontraban por arriba del percentil 85 (adaptado a la sociedad mexicana, por ser considerado como de alto riesgo) (Valle-Leal et al., 2016; Posición de la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología, 2004) y baja talla debajo del percentil 25, y los que tuvieron el ICT mayor a 0.5 se determinó con obesidad visceral.

Los resultados fueron capturados en una base de datos en Excel y procesados con el Software SPSS versión 21.0. utilizándose la estadística descriptiva para la interpretación de los datos, donde se obtuvo las medida de tendencia central que es la media, así como las medidas de dispersión mínimo, máximo y desviación estándar.

También se obtuvieron los porcentajes y la frecuencia por género en cuanto a la clasificación de la edad, obesidad y desnutrición. Y realizó una comparación entre la obesidad y baja talla en general y por sexos, así como la obesidad de acuerdo al IMC y el ICT, donde primero se aplicó la prueba de normalidad por Shapiro-Wilks para posteriormente aplicar la prueba de comparación con chi cuadrada con un nivel de confianza del 95%.

RESULTADOS

Tabla 1
Características generales de los escolares y adolescentes.

Variables	Media	+	D.E.*	Mínimo	Máximo
Edad (años)	11.3927	+	2.15046	8.00	16.00
Peso (kg)	39.3186	+	13.70479	21.70	77.00
Talla (cm)	145.2286	+	13.72628	123.00	174.00
Cintura (cm)	65.6757	+	9.77555	51.50	97.00
Índice cintura talla	0.4520	+	0.04905	.39	0.61

*Desviación estándar

De acuerdo con los análisis realizados a la población de escolares y adolescentes se encontró que para la edad existe una media de 11.3927 ± 2.15 años, en el caso del peso la media obtenida fue de 39.3186 ± 13.704 kg con 145.2286 ± 13.72 cm de altura, además la media que se tuvo para la cintura e índice cintura talla fueron de 65.67 ± 9.77 cm y 0.4520 ± 0.04905 respectivamente.

Figura 1. Prevalencia de obesidad y desnutrición en general.

La figura 1 muestra los resultados de la prevalencia de obesidad y de desnutrición de los 70 escolares y adolescentes evaluados, donde la prevalencia de obesidad fue del 20% la cual es menor a la reportada a nivel nacional en la ENSANUT a medio camino de 2016 (INSP, 2016), del mismo modo en Ciudad Obregón, Sonora en un estudio realizado en 84 escolares de 6 a 12 años de edad se obtuvo una prevalencia de obesidad de 27.1% (Brito-Zurita et al., 2014). En lo que respecta la desnutrición o baja talla se puede observar que la prevalencia obtenida (31.4%) es mayor a la que se reporta a nivel nacional en niños menores de cinco años (13.6%), sucede la misma situación según la prevalencia de baja talla reportada por Azcorra et al. (2016) De 14% en una muestra de 144 escolares de Yucatán.

Figura 2. Prevalencia de obesidad y desnutrición por géneros

En la figura 2 se muestran las variables de obesidad y desnutrición en ambos sexos, donde se observa elevada desnutrición tanto en hombres (28.2%), como en mujeres (35.5%), En relación a la obesidad no se observan grandes diferencias en relación al sexo ya que tanto hombres (20.5%), como mujeres (19.4%) presentan valores muy similares. Existen muchos factores que intervienen en el estado de nutricional de los escolares como los es nivel socioeconómico o la disfunción de la dinámica familiar, característica ligada a poblaciones vulnerables (Vásquez et al. 2015). Para lo que se deberán hacer estudios más a fondo para definir la causa de esta problemática que pudiera causar enfermedades crónicas a temprana edad.

Figura 3. Obesidad por IMC y el ICT

En la figura 3 se muestra la significancia entre la prevalencia del índice de masa corporal y el índice de cintura-talla, donde se comprueba la relación que existe entre los escolares donde a mayor ICT mayor IMC. Lo anterior se realizó utilizando un intervalo de confianza del 95%, por lo que el nivel de significación es 5% (0.05), aceptándose la hipótesis que dice que existe una relación entre ambos ítems. Es importante este comparativo ya que en el estudio realizado por Padrón, Perea & López (2016) se menciona que el ICT puede ser predictor eficaz para la determinación de riesgo cardiovascular y metabólico en niños, aunado a la determinación del Índice de Masa Corporal.

Tabla 2
Obesidad y desnutrición por edades.

E d a d (años)	Obesidad (%)	Desnutrición (%)
8	25	12.5
9	9.5	36.4
10	6.7	40.0
11	15.4	46.2
12	100	0
13	14.3	42.9
14	33.3	11.1
15	33.3	0
16	0	100

Por último en la tabla 2 se puede observar que en las edades donde se presenta mayor prevalencia de desnutrición es a los 11, 12 y 16 años y de obesidad a los 11, 14 y 15 años. El aumento de ambos problemas relacionados con la nutrición en la etapa escolar puede deberse a múltiples factores socioeconómicos, así como al bajo consumo de frutas y verduras aunado con un alto consumo de grasas y a la inactividad física, lo cual es un problema nacional e internacional, que además de afectar en enfermedades crónicas que son ocasionadas por estos factores, también afecta al desarrollo físico e intelectual Urquía-Fernandez (2014), así como en la cali-

dad de vida y su capacidad de aprendizaje (Ayala-Gaytan y Diaz, 2015). Todo lo anterior puede ser evitado a través de programas de intervención dentro de la escuela que contemplen orientaciones nutricionales que fomenten una alimentación baja en alimentos calóricos y un aumento en la práctica de actividad física como lo hicieron Quizán et al. (2014) en su estudio. De la misma forma es importante hacer estudios que comprueben que la desnutrición está ligada a escolares y adolescentes vulnerables a diferentes factores como los mencionados en este estudio.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Al determinar la prevalencia de obesidad y desnutrición en escolares y adolescentes del Valle del Yaqui se obtuvo que el 20% de los escolares estudiados presentan este problema y el 31.4% de los niños tienen desnutrición crónica, ambas están por encima de la media nacional, en relación al sexo no se lograron observar diferencias, ya que muestran elevados porcentajes de prevalencia al igual que la totalidad de la población estudiada. De la misma forma se comprobó estadísticamente la relación entre la prevalencia del índice de masa corporal y el índice de cintura-talla siendo está altamente significativa, comprobando lo que dicen estudios recientes que el ICT puede ser un valor determinante para la prevención de enfermedades crónicas en temprana edad. En lo que se refiere a la prevalencia de obesidad y desnutrición en relación a la edad, llama la atención como al aumentar la edad cronológica de los escolares aumenta la obesidad, no observándose lo mismo en relación a la desnutrición ya que se presentan valores por encima de la media nacional en la mayoría de las edades estudiadas.

Se recomienda realizar más estudios en esta población y a un mayor número de sujetos ya que existen diversos factores que pudieran estar afectando. De igual forma es importante realizar estudios sobre el comportamiento de los niños ya que existen estudios que mencionan que la desnutrición causa secuelas irreparables en áreas cognitivas y de comportamiento, así como en la calidad de vida y la capacidad de aprendizaje. También es importante diseñar programas

preventivos y correctivos en las escuelas y fuera de ella, que ayuden a disminuir esta problemática.

En el presente estudio se agradece las facilidades otorgadas por la fundación Borquez Schwarzbeck Almada A.C, por permitir tomar las mediciones a los escolares y adolescentes participantes en la olimpiada del Valle del Yaqui, edición 2017. Así como a los alumnos de la Licenciatura en Ciencias del Ejercicio Físico que apoyaron en el estudio.

REFERENCIAS

- Ayala-Gaytán, E., A. & Díaz, A. (2015). Infraestructura, ingreso y desnutrición infantil en México. *Salud Pública de México*, 57(1), 22-28. Recuperado en 25 de febrero de 2018, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000100005&lng=es&tlng=es.
- Azcorra, H., Vázquez-Vázquez, A., Baqueiro, J. y Salazar-Rendón, J. (2016). Crecimiento y estado nutricional de escolares de tres comunidades de Yucatán, México. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*. 66(2): 135-141
- Brito-Zurita, O., López-Leal, J., Exiga-González, E., Armenta-Llanes, O., Jorge-Plascencia, B., Domínguez-Banda, A., López-Morales, M., Ornelas-Aguirre, J., Sabag-Ruiz, J. (2014). Medidas antropométricas en la población infantil urbana de 6 a 12 años del noroeste de México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 52(Supl 1):S34-S41. Disponible en: http://revistamedica.imss.gob.mx/sites/default/files/pdf_interactivo/rm2014-suplemento1-flippingbook.pdf [Consultado Noviembre 2017]
- Carrasco, Q., Ortiz, H., Amaro, R. & Chávez, V. (2016). Desnutrición y desarrollo cognitivo en infantes de zonas rurales marginadas de México. *Gaceta sanitaria: Organó oficial de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria*. 30(4), 304-307
- Center-for Disease Control and Prevention. (2008). About BMI for Children and Teen. Disponible en: http://www.cdc.gov/nccdphp/healthyweight/assessing/bmi/childrens_BMI/about_childrens_BMI.htm. [Consultado Noviembre 2017]
- Diego, A., L., & Vizcarra, B., I. (2009). Desnutrición infantil en comunidades mazahuas con migración masculina internacional en México Central. *Población y Salud en Mesoamérica*, 6(2). doi:<http://dx.doi.org/10.15517/psm.v6i2.1644>
- Department of Health and Human Services: Centers for disease control and prevention CDC Table for calculated body mass index values for selected heights and weights for ages 2 to 20 years. (2013). [Internet].USA: Department of Health and Human Services. Disponible en: <http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/healthyweight/assessing/bmi/00binaries/bmi-tables.pdf>. [Consultado Noviembre 2017].
- García, E., Ochoa, H., García, R., Moreno, L., Morales, H., Estrada, E., & Solís, R. (2015). Estado nutricional de dos generaciones de hermanos(as) < de 5 años de edad beneficiarios(as) de Oportunidades, en comunidades rurales marginadas de Chiapas, México. *Nutrición Hospitalaria: Organó Oficial De La Socie-*

- dad Española De Nutrición Parenteral Y Enteral, (Vol. 31, N° 6), 2685-2691.
- García, C. (2012). Alimentación y nutrición infantil en comunidades indígenas de Ixhuatlan de Madero (Veracruz), México. Un abordaje desde la antropología (Doctorado). Universidad de Granada.
- Gutiérrez, J.P., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Villalpando-Hernández, S., Franco, A., Cuevas-Nasu, L., Romero-Martínez, M., Hernández-Ávila, M. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX). Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf> [Consultado Noviembre 2017]
- Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Subirán. (2004) Manual de antropometría [Internet]. México: CONACYT; Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censeanza/spi/unidad2/Antropometria-manual-linnsz.pdf>. [consultado Noviembre 2017].
- Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) (2016). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 Informe Final de Resultados. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf> [Consultado Noviembre 2017]
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2013). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por entidad federativa, Sonora. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2013. Disponible en: encuestas.insp.mx [Consultado Noviembre 2017]
- Kac, G., García, J. (2010). Epidemiología de la desnutrición en Latinoamérica: situación actual. *Nutrición Hospitalaria*, (Supl. 3) 25, 1699-5198.
- Krebs, N; Himes, J; Jacobson, D; Nicklas, T; Guilday, P; Styne, D. (2007). Assessment of child and adolescent overweight and obesity. *Pediatrics*.;120(S4):193-228.
- Kuczmariski, R.J. Ogden, C. L. Guo, S.S. Grummer-Strawn, L.M. Flegal, K.M. Mei, Z. Wei, R. Curtin, L.R. Roche A. F. Johnson, C.L. (2000) CDC Growth Charts for the United States: methods and development. *Vital Healt Stat* 11:246:1-190.
- Lochsa, H., Allison, S., Meierc, R., Pirlich, M., Kondrup, J., Schneider, S., Van Den Berghe, G. & Pichard, C. (2006). Introductory to the ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Terminology, Definitions and General Topics. *Clinical Nutrition*, 180-186.

- López-Morales C., Pascalis-Orozco, J., González, R., Brito-Zurita, O., Sabag-Ruiz, E. (2014). Depresión y estado de nutrición en escolares de Sonora. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 52(Supl 1):S64-S67. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2014/ims141k.pdf> [Consultado Noviembre 2017]
- Macías, V., Sánchez, J., Ramírez, N. & Hernández, J. (2008). Diagnóstico de contaminantes orgánicos persistentes (COP) del Valle del Yaqui. Número de registro INE/A1-006/2008: Instituto Nacional de Ecología.
- Meléndez, J., Cañez, G. & Frías, H. (2010). Comportamiento alimentario y obesidad infantil en Sonora, México. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. 8(2). 1131-1147. Disponible en: http://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/alianza-cinde_umz/20140327103840/art.JuanaMariam.pdf [Consultado Noviembre 2017]
- Moreno, M. (2012). Definition and classification of obesity. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 23(2) 124-128. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70288-2](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70288-2)
- Ochoa-Díaz-López, H., García-Parra, E., Flores-Guillén, E., García-Miranda, R., Solís-Hernández, R. (2017). Evaluación del estado nutricional en menores de 5 años: concordancia entre índices antropométricos en población indígena de Chiapas (México). *Nutrición Hospitalaria* [Fecha de consulta: 25 de febrero de 2018] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309252410010>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Obesidad y sobrepeso. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/> [Consultado Noviembre 2017]
- Posición de la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología (2004). Obesidad, diagnóstico y tratamiento. *Rev Endocrinol Nutr.* [Internet]; 12(4/s3)[s143-s147]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2004/ers043n.pdf> [consultado 4 Ago 2015]
- Quizón, T., Villarreal, L., Esparza, J., Bolaños, A. & Diaz, G. (2014). Programa educativo afecta positivamente el consumo de grasa, frutas, verduras y actividad física en escolares Mexicanos. *Nutricion Hospitalaria*, 552-561.
- Toledo-Domínguez, I.; Serna-Gutiérrez, A.; Díaz-Meza, I.; Lozoya-Villegas, J.; Tolano-Fierros, E. (2017). Efecto de un programa de activación física sobre el índice de masa corporal y la aptitud física en escolares. *Journal of Sport and Health Research*. 9(2):199-210. Disponible en: <http://www.journalshr>

- com/papers/Vol%209_N%202/JSHR%20V09_2_2.pdf [Consultado Noviembre 2017]
- Urquía-Fernández, N. (2014). La seguridad alimentaria en México. *Salud Pública de México*, 56(Supl. 1), s92-s98. Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342014000700014&lng=es&tlng=es. [Consultado en Febrero de 2018]
- Valle, J., Abundis, L., Hernandez, J. & Flores, S. (2016). Índice Cintura-Estatura Como Indicador de Riesgo Metabólico en Niños. *Revista Chilena de Pediatría*, 180-185. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.10.011> Consultado Febrero de 2018.
- Vásquez, E., González, J., Romero, E., Sánchez, E., Navarro, M. & Nápoles, N. (2015). Considerations on family dynamics and the malnutrition syndrome in Mexican children. *Gaceta Médica de México*, 732-741.

NIVEL DE AUTOESTIMA EN ADULTOS MAYORES JUBILADOS

Mirsha Alicia Sotelo Castillo
Cecilia Ivonne Bojórquez Díaz
Laura Fernanda Barrera Hernández
Dora Yolanda Ramos Estrada
Instituto Tecnológico de Sonora

RESUMEN

El propósito del estudio fue identificar el nivel de autoestima de adultos mayores que se encuentran jubilados, así como las diferencias por sexo, edad y años de jubilado. Participaron 101 adultos jubilados, con una edad promedio de 66 años; se aplicó la escala de autoestima de Coopersmith. Los resultados indicaron la presencia de un nivel bajo de autoestima en la mayoría de los adultos, encontrándose diferencias estadísticamente significativas en el grupo de personas que tienen entre 11 y 15 años de jubilados en comparación con los adultos recién jubilados. No se encontró diferencia significativa entre el sexto y edad de los participantes.

Palabras clave: autoestima, adultos mayores, jubilación

INTRODUCCIÓN

El instituto para la atención de los adultos mayores de la ciudad de México (2018) menciona que, para poder definir a una persona como adulto mayor, se debe tener en cuenta una serie de aspectos y no solo la edad. Es decir, se tiene que tomar en cuenta la parte física, social y emocional. Asimismo, la Organización Mundial de la Salud establece la edad de 60 años para considerar que una persona es adulto mayor, aunque en los países desarrollados se considera que la vejez empieza a los 65.

El presente estudio aborda la problemática de la presencia de baja autoestima en una población de adultos mayores.

Esta situación la puede presentar cualquier persona sin importar su estatus económico o étnico, de tal forma que se generaliza a cualquier tipo de sociedad. Padece baja autoestima los convierte en una población vulnerable, dado que se pueden aislar socialmente, se vuelven sedentarios y por consiguiente pierden agilidad en sus movimientos y articulaciones. Aunado a esto se puede agregar el riesgo del deterioro físico, cognitivo y emocional del adulto (Organización Mundial de la Salud, [OMS], 2015; 2018).

Es importante replantear el estilo de vida en la etapa del adulto mayor, debido al incremento de la expectativa de vida actual. Ya que esto ha permitido que un individuo prolongue su etapa laboral y su jubilación. Sin embargo, cuando se habla de jubilación indudablemente se piensa en el fin de la vida laboral, la cual puede significar para algunos adultos la liberación de obligación e incluso un respiro; en cambio otros experimentan una fase de decaimiento en la que no se sienten útiles ni valorados. Al respecto, Hoffman (2000), plantea que el hecho de abandonar el medio laboral, por lo regular, conlleva una disminución de los ingresos y del prestigio del individuo, lo cual constituye para las personas mayores un aspecto negativo, también implica la separación de las personas conocidas, lo cual representa, en cierta forma, perder relaciones sociales que tenía. Algunas veces, supone la pérdida de la identidad profesional, el status social y la organización del tiempo y de las actividades que realiza a diario. Cuando se jubilan, muchos individuos experimentan una gran dificultad para hacer el cambio de identidad de trabajador a jubilado (Feldman 2007; Chavarría, 2018).

Cuando el adulto llega al momento en que se debe retirar de la vida laboral, socialmente deja de ser útil, es en este momento según Flores, García y Sánchez (2008) que el adulto se enfrenta a la incertidumbre de su vida productiva. La jubilación es entendida como un cese ocupacional, relacionado con la edad y los años de servicio en una institución, por lo que la persona próxima a jubilarse ha empezado de manera simultánea, su proceso de envejecimiento, ya que este según la OMS inicia a los 60 años, edad en la que se percibe un deterioro en las habilidades y destrezas de la vida ha aprendido a desempeñar con éxito. Esta situación debilita

el auto concepto del adulto mayor debido a la sensación de inutilidad, baja determinación y derrota.

Al respecto Carmona, Cely, Nemequen y Sanabria (2008) hacen referencia a que al momento de que un adulto se jubila se puede presentar dos situaciones: 1) aceptación, que el adulto acepte sin conflicto pensando que es un etapa más en el desarrollo humano; o 2) negación, en donde la adulto sufre la separación por la estabilidad social y económica que le brinda el estar en una institución. Según los autores, esta última situación conlleva malestar psicológico, teniendo como consecuencias, sentimientos de baja autoestima, frustración, ansiedad y, en el peor de los escenarios depresión.

Considerando la revisión de la literatura, se ha presentado evidencia empírica al respecto, por ejemplo, Orozco (2015), en su estudio abordó la depresión y autoestima en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados, utilizando un diseño correlacional con una muestra de 85 sujetos, con estrato socioeconómico de clase media, con edades superior a los 65 años de ambos sexos. Se aplicó el inventario de Beck y de Copersmith. Después de los análisis de resultados, discutieron que a medida que los adultos presentaban mayor autoestima la depresión disminuía y viceversa. También se pudo establecer que existe una relación significativa e inversa entre la depresión y la autoestima en un grupo de adultos mayores no institucionalizados a diferencia de los institucionalizados.

En otro trabajo presentado por Estrada, Cardona, Segura, Ordoñez, Osorio y Chavarriaga (2013) que tuvo como objetivo explorar los factores asociados con síntomas depresivos con 277 adultos mayores institucionalizados. Los resultados arrojaron que el 37% de la muestra presentó síntomas depresivos moderados; y el 8.7 los registraron de forma severa, estas personas no se ubicaron en ningún nivel educativo. Los adultos que manifestaron haber sido maltratados por familiares, mostraron mayor sintomatología depresiva. En cuanto a salud percibida, los adultos hipertensos no presentaron niveles depresivos. Al contrario, los adultos que padecían problemas nerviosos y los que eran dependientes para realizar sus actividades cotidianas la prevalencia de síntomas depresivos fue superior, al igual que los que habían sufrido

estrés o una enfermedad aguda. El hecho de tener riesgo de ansiedad mostró prevalencia de depresión moderada y severa en comparación con los adultos de este riesgo. También se halló relación entre la calidad de vida y la depresión. Dentro de estos resultados presentaron el nivel de depresión según sexo, edad y condición en la institución. De la muestra de 150 adultos mayores estaban 64 hombres y 86 mujeres en edades de 65 a 85 años y los mayores porcentajes de depresión moderada y severa se concentraban en el sexo femenino.

Respecto a estos resultados, tanto los factores físicos y emocionales son los que pueden producir depresión en los adultos mayores, lo cual desemboca en una disminución de su autoestima, ya que al sentirse reclusos y olvidados e incluso maltratados por familiares y cuidadores se sienten desvalorados y al sentirse dependientes los vuelve un blanco vulnerable (Estrada, et. al., 2013).

Calero, Klever, Caiza, Rodríguez y Analuiz (2016), investigaron sobre la influencia de las actividades físico – recreativas en la autoestima del adulto mayor. Para ello aplicaron a 20 participantes el cuestionario de Rosenberg como pre y pos test después de haber aplicado un programa durante seis meses en el que se presentaban las actividades mencionadas según los gustos y las preferencias de la muestra en estudio. Los resultados del post test obtenido demuestran un incremento de la autoestima en 5.85 puntos porcentuales, lo que equivale al 14.63 por ciento de mejora en la autoestima general, aspecto reforzado con la Prueba de los Rangos con Signo de Wilcoxon, la cual demuestra una diferencia significativa entre el antes y después de la aplicación. Por último concluyen que las actividades físico-recreativas diseñadas son determinantes para el mantenimiento de la salud física y mental como medio de obtención de una mejor calidad de vida en el adulto mayor, incrementando la autoestima.

Otro trabajo realizado por Mazadiego, Calderón, Solares, Zárate, Torres y Coto (2011), tuvo como objetivo probar la efectividad de las técnicas de relajación, terapia ocupacional y dinámicas grupales para mejorar la autoestima de los adultos mayores de una casa hogar para jubilados. La muestra estuvo compuesta por 17 sujetos con edades de 65 a 100

años, con diferentes problemas de salud física y emocional a quienes se le asignaron diferentes actividades. Se les aplicó una prueba de autoestima con preguntas cerradas, aplicadas antes y después de la aplicación. El procedimiento consistió en un diagnóstico, una fase de intervención y cierre. Los resultados presentaron un leve incremento en la socialización. Las partes sobre la autoestima que tuvieron un impacto positivo fueron la empatía y la autorrealización.

Un dato importante sobre el punto anterior fue que encontraron que estos adultos al momento de analizar y reflexionar sobre su vida, descubrieron que lo que habían logrado en cuanto al amor de sus hijos y parejas los hacía sentir felices. Además en el aspecto laboral y social se encontraban satisfechos. En cuanto al aspecto de autoestima de los adultos mayores jubilados la reportan como funcional debido a que todos participaron de forma activa, y muy entregados en la realización de las tareas, haciendo un esfuerzo para lograr el éxito (Mazadiego, et al., 2011).

La Secretaría de Desarrollo Social [SEDESOL] (2010) realizó un diagnóstico del programa pensión para adultos mayores, con el fin de contribuir a un mejor entendimiento de las necesidades de la población adulta mayor más vulnerable, y poder elevar la eficacia sobre su desarrollo social. Elaboraron el escrito en cuatro secciones, una de ellas está compuesta por la identificación del problema, las causas y consecuencias que presentan los adultos mayores de 65 años de edad en adelante. La SEDESOL (2010) reportó que el principal problema de los adultos mayores sin pensión o jubilación contributiva es la vulnerabilidad derivada de bajos ingresos, deterioro en la salud. Y a esto atribuyen efectos como condiciones adversas en el bienestar económico del hogar, limitado ejercicio de los derechos sociales, dependencia económica y funcional de terceros y la disminución de la autoestima. Sobre este último punto especifica claramente que la principal causa por la que puede presentarse, son por las diferentes afecciones relacionadas con la salud propias de la misma edad.

Entre ellas la disminución de la actividad física puede excluirlos de situaciones en las que podían participar. Pero señala que una de las exclusiones más fuertes es la de no

contar con algún tipo de seguridad social y que son fácilmente reemplazados en sus trabajos por gente joven. Otro aspecto al que se enfrenta el adulto mayor y que les produce un decaimiento de autoestima, es el alejarse de la vida de sus hijos cuando ellos comienzan a formar sus propias familias. Aunado a lo anterior empiezan a enfrentarse al fallecimiento tanto de familiares, como de amigos cercanos (SEDESOL, 2010).

Polo (2016) propone un programa de intervención para el fomento de bienestar emocional en personas mayores. Las sesiones se orientan en conocer la importancia de la autoestima para el autodesarrollo, como se veían autodefiniendo su edad psicológica, evaluar el punto de satisfacción en la que se encontraban y como mejorarlo referente a su vida y sus metas, descubrir a donde quieren y con quien encaminar su vida. Ver los aspectos positivos de la vida para adquirir una percepción saludable en lugar de toxica, ser empático y pensar en los demás y ser solidario. Identificar las cosas que los hacen feliz y aprender a valorar las cosas que los rodean, ser conscientes de lo que les gusta y ponerlo en práctica, ser asertivos y aprender a defender sus derechos sin lastimar a los demás y por último evaluar todo lo anterior, con el propósito de que los usuarios interioricen la importancia de ser ellos mismos, quererse, valorarse y relacionarse de forma saludable con los demás.

Por otra parte se realizó un estudio con el objetivo de comparar actividad física, autoestima y situación social en personas mayores según su perfil psicosocial. Su hipótesis fue que se establece una relación positiva de la actividad física con los niveles de autoestima en las personas mayores, así como de su situación social y sus formas de sociabilidad y relación con el entorno. Fue una investigación de tipo experimental vinculada a la actividad física, con un grupo control con características sedentarias. En primer lugar se estableció que la actividad física correlaciona con mayores niveles de autoestima, seguida de una mejor situación social, y por ultimo correlacionó positivamente la actividad física con un perfil de ancianidad saludable (Barrera-Algarín, 2017).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Secretaría de Desarrollo Social (2010) reporta a través de los análisis y diagnósticos que realiza, que uno de los problemas principales que se está presentando en la vida de los adultos mayores, es el de no contar con un sistema de jubilación, tornándose seres vulnerables, y de lo cual se deriva la incertidumbre económica, de no tener un ingreso seguro y decoroso para vivir tranquilamente su vejez.

Del análisis anterior se derivó un diagnóstico sociodemográfico del envejecimiento en México, partiendo que en el 2010 la población de 65 años en adelante por sexo, obedecía a una cifra de 3,254.37 correspondiente al sexo masculino y de 3,804.04 al sexo femenino. Pero lo más importante de este estudio fue la proyección que se hizo refiriendo que en el 2020 la cifra se elevaría a 4,463.11 en los hombres y de 5360.52 en mujeres, quedando claro que en los dos períodos la mayor población se inclina al sexo femenino.

Continuando con las estadísticas presentadas por SEDESOL (2010) y relacionado con la baja autoestima causada por la percepción económica que reciben o no los adultos mayores pensionados o jubilados, contra los que no tuvieron acceso a una pensión o jubilación, se describe que de un total de hogares correspondientes a 29.1 millones, solo el 1.9 de ellos tiene algún adulto mayor pensionado o jubilado, en contraste con 4.5 que no reciben ninguno de estos beneficios, lo cual expone de manera precisa, la necesidad que se tiene por seguir trabajando, para poder sufragar sus necesidades. Aunado a lo expuesto, aquellos que no reciben pensión o jubilación, tampoco cuentan con algún tipo de seguridad gratuita para atender sus problemas de salud. En resumen se cuenta con aquellos jubilados y pensionados que perciben poco salario; y por otro lado los que no reciben ningún tipo de beneficio para un retiro digno, por lo que en ambos casos ellos refieren, inseguridad, incertidumbre y ansiedad, afectando en algunos de los casos su vida emocional y por ende en su autoestima.

Por otro lado, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2013) señala que existen 4 millones 346 mil pensionados en México, de los cuales 73 por ciento son del IMSS, 18 por ciento del ISSSTE y 9 por ciento restante de otras

instituciones. Un 38 por ciento de los pensionados reciben únicamente de uno a dos salarios mínimos, 26 por ciento perciben más de dos salarios mínimos, 16 por ciento un salario mínimo o menos y hay otro grupo que no especificó cuánto recibe de pensión.

Datos del Censo de Población y Vivienda 2010 registraron que en Sonora residen 2,662 480 personas, de éstas 232,874 son adultos mayores. Esto aumentó considerablemente entre 1950 y 2010, al pasar de 26,417 a 232,874, esto es, un incremento de 206,457 personas de este rango de edad en poco más de medio siglo. Así, se tiene que en el periodo 2000-2010 los adultos mayores en Sonora registran un crecimiento promedio anual de 3.8 por ciento. La distribución porcentual de la población de 60 y más años por entidad federativa. Según el sexo en el estado de Sonora, corresponde a una población total de 232,874 representada por 112,175 hombres y 120,699 mujeres (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2013). Debido al incremento acelerado de esta población, se necesitan implementar estrategias efectivas que contribuyan a su bienestar físico, social y emocional. Y de ello se derivan requerimientos como son: bolsas de trabajo en los que se puedan insertar, programas alternos de seguridad social, centros comunitarios que ofrezcan actividades recreativas y de esparcimiento, e incluso de capacitación en oficios. Para que el adulto pueda asistir y acceder a ellos de forma gratuita, y que pueda tener alternativas de escoger entre diferentes actividades, que coadyuve a que puedan vivir de forma plena, feliz y motivados; con el objetivo de influir en su estado de ánimo de forma positiva y eliminar factores de riesgo que pueda llevarlos a un decaimiento, depresión o baja autoestima.

OBJETIVO

Considerando lo anterior, el objetivo que se plantea para este estudio fue el de identificar el nivel de autoestima de una muestra de adultos mayores jubilados de Cd. Obregón, así como las diferencias en el nivel de autoestima por sexo, grupos de edad y años de jubilado.

MÉTODO

El diseño al que pertenece esta investigación es no experimental, transaccional descriptivo y comparativo.

PARTICIPANTES

Participó una muestra no probabilística de 101 adultos mayores, 66 mujeres y 35 hombres; mismos que fueron seleccionados por conveniencia. Las edades de los participantes oscilaron entre los 51 y 84 años con una media de edad de 66 años.

INSTRUMENTO

Para recabar los datos se utilizó el inventario de autoestima de Coopersmith versión para adultos validada por Lara-Cantú, Verduzco, Acevedo y Cortés (1993), cuyo objetivo es medir el nivel de autoestima en adultos; mismo que está conformado por 25 preguntas con respuesta dicotómicas (sí-no).

PROCEDIMIENTO

Se acudió a un centro para personas jubiladas con el objetivo de solicitar la autorización para la recolección de los datos. Una vez obtenido el permiso y previo el consentimiento de los adultos se aplicó el instrumento de manera individual a manera de entrevista; la aplicación se llevó alrededor de 15 minutos por participante. Una vez obtenidos los datos se procedió a realizar los análisis descriptivos y de comparación con apoyo del programa estadístico SPSS.

RESULTADOS

Tomando en cuenta que los puntajes máximos y mínimo en el instrumento de autoestima son 50 y 25 respectivamente (entre mayor puntuación hay mayor posibilidad de presentar una autoestima baja), los participantes obtuvieron un rango de puntuación entre 30 y 49 con una media de 43.28 lo que indica que de manera grupal los participantes presentan una autoestima baja. Del total de participantes el 28.7% presentan una autoestima alta y el 71.3% una autoestima baja (ver tabla 1).

Tabla 1
Frecuencia y porcentaje del nivel de autoestima

Nivel	fr	%
Autoestima alta	29	28.7
Autoestima baja	72	71.3
Total	101	100.0

Al comparar por sexo se describe que hay un mayor porcentaje de mujeres (31.8%) en comparación con los hombres (22.9%) que presentan baja autoestima. Las medias obtenidas por las mujeres fue de 42.98 y para los hombres de 43.83, sin embargo está diferencia no fue estadísticamente significativa ($p=.297$) (ver tabla 2).

Tabla 2
Frecuencia y porcentaje del nivel de autoestima

Nivel	Femenino		Masculino	
	fr	%	fr	%
Autoestima baja	21	31.8	8	22.9
Autoestima alta	45	68.2	27	77.1

Al comparar entre los diferentes rangos de edad de los participantes, los datos arrojaron que los adultos entre 61-70 años hay un mayor porcentaje de personas que presentan una baja autoestima con un 31.8%. Al comparar las medias, el grupo de 51 a 60 años obtuvo una media de 43.78, de 61 a 70 fue de 42.98 y de 71-84 de 43.26, sin embargo, la diferencia no fue estadísticamente significativa ($p=.904$) (ver Tabla 3).

Tabla 3
Nivel de autoestima por grupos de edad

Nivel	51-60 años		61-70 años		71-84 años	
	fr	%	fr	%	fr	%
Autoestima baja	10	29.41	14	31.8	5	21.7
Autoestima alta	24	70.59	30	68.2	18	78.3

Al contrastar el nivel de autoestima por años de jubilado, los participantes se agruparon en cinco grupos según los años de jubilado, con una diferencia de 5 años, desde cero hasta más de 20 años. En los resultados se observó que en el grupo de adultos que tienen de 11 a 15 años de jubilado el 100% de los participantes reportaron una baja autoestima (ver tabla 5).

Tabla 5
Nivel de autoestima por grupos de años de jubilado

Nivel	0-5 años		6-10 años		11-15 años		16-20 años		Más de 20 años	
	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%
Autoestima baja	27	75.0	23	65.7	9	100	6	60	7	63.6
Autoestima alta	9	25.0	12	34.3	-	-	4	40	4	36.4

Al comparar las medias obtenidas del nivel de autoestima en los diferentes grupos de adultos, se encontró que los jubilados que presentan una media más alta ($X=46.22$) son los que tienen de 11 a 15 años jubilados, seguidos de los de 0 a 5 años ($X=43.81$), el grupo que obtuvo la media más baja fue el grupo de más de 20 años ($X=41.09$). Para confirmar si está diferencia es significativa se utilizó la prueba ANOVA y se presentó diferencia significativa entre los grupos ($p=.045$), haciendo la diferencia el grupo de 11 a 15 años con el de más de 20 años.

CONCLUSIÓN

La autoestima en el ser humano, se forma con la valoración que se haga de la percepción que se tiene de sí mismo, en la cual interfieren diversos factores, tanto físicos como mentales. En el caso del adulto mayor la pérdida de estas capacidades, aunado a su aspecto pueden generar temores que afectan de modo negativo en su autoestima, ya que es probable que se sientan improductivos, y haya pérdida de su independencia.

De manera general los resultados de este trabajo mostraron que los adultos mayores jubilados que participaron en

el estudio presentan un nivel bajo de autoestima, frecuentemente se desaniman en lo que hacen y en ocasiones no están conformes con lo que han logrado. Sin embargo, es importante mencionar que estos resultados deben de tomarse con cuidado y no asegurar que ello se debe al proceso de jubilación, ya que según la literatura está no es la causa principal para que las personas de la tercera presenten problemas emocionales, lo cual se confirma con los resultados con los resultados obtenidos en la comparación de grupos con diferentes años de jubilado, en donde se encontró que los presentaron un porcentaje de autoestima baja fueron los adultos con ya cuentan con por lo menos cinco años de jubilado, lo cual concuerda con el estudio de Bravo y Caro (2002), quienes también encontraron diferencia en los grupos que tenían más años de jubilado. Esto a diferencia de lo que encontró Cándido, Díaz, Duque, Estéves y Gamero (2016) quien concluye que las personas que llevan menos de dos años jubiladas tienen una baja autoestima y satisfacción con la vida comparado con lo los que tienen más años. Vale la pena resaltar que los algunos de los adultos que tienen menos de diez años de jubilados coinciden en que apenas están entrando a la edad de los 60 años, es decir iniciando su proceso natural de envejecimiento.

Sin embargo, es altamente recomendable continuar con este tipo de estudios, aumentar muestra variable y diferentes diseños de investigación, ya que como mencionan García (2003) es necesario estudiar las condiciones de vida de los adultos mayores por la visión negativa que tiene la sociedad de dicha población; asimismo, según Grijalva, Zuñiga y Zupo (2007) el envejecimiento es un problema social con muchas aristas que exige soluciones.

Si bien, todo aumento de edad exige una adaptación a situaciones nuevas que se presentan en la vida, en la tercera edad se encuentra mayor dificultad para esta adaptación debido a que la sociedad tiene un concepto equivocado de esta etapa, ya que se considera al joven como un valor y se discrimina al adulto mayor porque ya no produce igual en su juventud. Esto influye en la percepción que el anciano tenga de sí mismo es decir su propio autoconcepto (Muñoz, 2002).

Las estadísticas reflejan claramente la cantidad de adultos mayores que habitan en México y en el estado de Sonora, y con base al incremento a la esperanza de vida en la población mencionada, se plantea la necesidad de crear diferentes estrategias y apoyos que puedan contribuir a mejorar la autoestima en una población de adultos retomando el aspecto emocional como punto de partida a través de actividades, como programas de intervención que coadyuven a realizar acciones que los haga sentirse útiles e importantes y poder impactar en sus condiciones de vida de manera favorable como miembros de una sociedad en la que se sientan incluidos y valorados.

REFERENCIAS

- Barrera-Algarín, E. (2017). Actividad física, autoestima y situación social en las personas mayores. *Revista de Psicología del Deporte*, 26 (4), 10-16.
- Bravo, C., y Caro, M. (2002). Efectos psicosociales de la jubilación por vejez en las variables de autoestima y apoyo social en el adulto mayor afiliado al instituto de Normalización Previsional (INP) de la región metropolitana. *Psykhe*, 11(2).
- Calero, M., Klever, D., Caiza, C., Rodríguez, T. y Analuiz, E. (2016). Influencia de las actividades físico-recreativas en la autoestima del adulto mayor. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 35(4), 366-374. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002016000400007&lng=es&tlng=es.
- Cándido, A., Díaz, C., Duque, C., Estéves, E., y Gamero, L. (2016). Influencia de la jubilación en la satisfacción con la vida y la autoestima. *ReiDoCrea*, 5(2), 21-26.
- Carmona, C.I., Cely, J., Nemequen, R., y Sanabria, W. (2008). Características del proceso de duelo por pérdida de actividad laboral que se presenta en población en proceso de prejubilación del DANE. *Umbral Científico*, 12, 101-116
- Chavarria, M. (2018). *Como enfocar los cambios que te mueven*. Madrid: ESIC Editorial.
- Estrada, A., Cardona, D., Segura, A. M., Ordóñez, J., Osorio, J. J. & Chavarriaga, L. M. (2013). Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. *Universitas Psychologica*, 12(1), 81-94.
- Feldman, R. (2007). *Desarrollo psicológico a través de la vida*. México: Pearson Prentice Hall.
- Flores, M., García, I. y Sánchez, R. (2008). Estimulación a tiempo, una estrategia para incidir en la calidad de vida de la tercera edad. *Psicología y Ciencia Social*, 10(1). Recuperado de <http://tuxchi.iztacala.unam.mx/ojs/index.php/pycs/article/viewFile/13/11>
- García, R. (2003). *La vejez. El grito de los olvidados*. México: Manufactura A. C.-Plaza y Valdez.
- Grijalva, G., Zuñiga, M., y Zupo, M. (2007). Adultas y adultos mayores en Sonora: ¿dependientes, autosuficientes o proveedores?. *Región y Social*, 19.
- Hoffman, L., Paris, S., y Hall, E. (2000). *Psicología del desarrollo hoy*. España: Mc Graw Hill.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2013). *Adultos mayores en Sonora*. México: INEGI

- Instituto para la Atención de los Adultos Mayores de la Ciudad de México. (2018). ¿Quién es la persona mayor? Recuperado de <http://www.iaam.cdmx.gob.mx/index.php/quien-es-el-adulto-mayor>
- Lara-Cantú, M., Verduzco, M., Acevedo, M., y Cortés, J. (1993). Validez y confiabilidad del inventario de autoestima de Cooper-smith para adultos, en población mexicana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 25(2).
- Mazadiego, I. T., Calderón, R. J., Solares, M. C., Zárate, M. M., Torres, V. L., y Coto, S. Á. (2011). Incremento de la autoestima en los adultos mayores de un hogar de jubilados. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 16 (1), 175-182.
- Muñoz T. J. (2002). *Psicología del Envejecimiento*. España: Ediciones Pirámide.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). Informe mundial del envejecimiento y la salud. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.p](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). Envejecimiento. Recuperado de <http://www.who.int/topics/ageing/es/>
- Orozco, C. (2015). Depresión y autoestima en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Lima. *Persona*, (18), 91-104.
- Polo, G. M. (2016). Programa de intervención para el fomento del bienestar emocional de personas mayores. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1 (2), 37-45. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80525207>
- Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL). (2010). *Diagnóstico del programa pensión para adultos mayores*. México: SEDESOL.



CALIDAD DE VIDA Y ENOJO EN ADULTOS MAYORES CON DIABETES: EFECTOS DE UNA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Raquel García Flores
Luis Angel Urias Gaxiola
María Teresa Fernández Nistal
Christian Oswaldo Acosta Quiroz
Instituto Tecnológico de Sonora

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue evaluar el efecto de una intervención cognitivo conductual grupal en la calidad de vida y enojo en pacientes con diagnóstico de DM2. Participaron 34 pacientes (65% mujeres, 35% hombres) que no presentaban aún complicaciones crónicas derivadas de su padecimiento. La edad promedio fue de 59 años, siendo la edad mínima de 42 años y la edad máxima 76 años. El nivel socioeconómico era bajo y su nivel educativo era de primaria. El 80% de los participantes eran casados y 20% viudos. Se aplicaron la Entrevista inicial para pacientes con DM2, el Diabetes Quality of Life (DQOL) en su versión en español y el Inventario multicultural de la expresión de cólera y la hostilidad (ML-STAXI). Posteriormente los pacientes asistieron a una intervención cognitivo conductual grupal de 8 sesiones semanales de dos horas de duración cada una. Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el pretest y postest en la dimensión “Satisfacción con el tratamiento” del DQOL. En relación al ML-STAXI se identificaron diferencias significativas en las áreas “enojo como rasgo”, “reacción de enojo”, “expresión y control de enojo”, “control interno de enojo” y “Expresión interna de enojo”. Se identifica la necesidad de continuar investigando los efectos del enojo en la calidad de vida así como su manejo en personas con DM2.

Palabras clave: DM2, calidad de vida, enojo

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es la principal causa de muerte en México con 98,521 defunciones (INEGI, 2017). De acuerdo con información de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (2017), México ocupa el primer lugar en prevalencia de este padecimiento entre los países que la integran, la cual es del 15.6%. Las personas con DM2 pueden ser consideradas en estado de vulnerabilidad ya que es una enfermedad crónica, que involucra muchos cuidados y atención médica. Si las personas con DM2 no mantienen un adecuado control de su padecimiento, sufren secuelas severas tales como insuficiencia renal, ceguera y amputaciones.

Dada la relevancia de este padecimiento cada vez es más importante evaluar la calidad de vida en personas que sufren DM2 (Hernández-Ávila, Gutiérrez & Reynoso-Novérón, 2013). Según la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL, 1998), la calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con el entorno.

Tomando en cuenta que la DM2 es un padecimiento crónico que afecta la vida cotidiana de las personas, el concepto de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es más apropiado ya que se entiende al estado de salud tal y como es percibido por el individuo, la relación con la enfermedad misma y con los efectos de los tratamientos. La medición de la CVRS es una valoración cuantitativa de la percepción subjetiva del estado de salud que incluye los aspectos físicos, emocionales y sociales (Karimi & Brazier, 2016).

Uno de los aspectos que pueden afectar la calidad de vida en personas con DM2 son las emociones, específicamente negativas (Jones, Olsen, Perrild & Willaing, 2016; Jannoo, Bee, Mohd, Mohamed & Hassali, 2017). Las emociones son respuestas complejas de un individuo a los estímulos del entorno; y aunque implican reacciones fisiológicas, se

caracterizan fundamentalmente por una valoración positiva o negativa de un objeto intencional (persona, cosa, acontecimiento o situación), y una tendencia a la acción según la evaluación realizada: objeto nocivo, benéfico o amenazador (Lyons, 1993). Algunas emociones se relacionan con cambios fisiológicos evidentes como el enojo. Para Robins y Novaco (1999) el enojo es una emoción negativa subjetivamente experimentada como un estado de antagonismo hacia a alguien o algo percibido como la causa de un evento aver-sivo. Deffenbacher (1999) define el enojo como un estado interno que abarca cuatro dominios relacionados:

- Emocional: va de leve molestia hasta la furia.
- Excitación fisiológica: relacionada con la liberación de adrenalina, aumento de la tensión muscular, activación del sistema nervioso simpático y otros elementos asociados a la respuesta “ataque-huida”.
- Procesos cognitivos: implica un procesamiento de información que incluye pensamientos, imágenes y atribuciones que se relacionan con una percepción de ataque o culpa por parte de los otros.
- Conductas: que pueden ser funcionales (por ejemplo afirmación, establecimiento de límites) o disfuncionales (agresión física o verbal, retraimiento, consumo excesivo de alcohol, etc.)

Algunas investigaciones han estudiado al enojo como un factor de riesgo para el desarrollo de la DM2 debido a que esta emoción puede asociarse a anormalidades biológicas incluyendo alteraciones neuroendocrinas en el eje hipotalámico-pituitario-adrenal que provoca resistencia a la insulina (Golden, 2007). En el Estudio Multiétnico de Ateroesclerosis (MESA) se examinó la asociación de enojo rasgo y ansiedad rasgo con la incidencia de DM2 en 5598 participantes sin diabetes y sin enfermedad cardiovascular. Pudo identificarse que los altos niveles de enojo se asociaron a la aparición de DM2 en un lapso de 11 años (Abraham et al, 2015).

En otro estudio se investigó la relación entre el enojo y el metabolismo de la glucosa y si el enojo amplifica los efectos adversos entre el índice de masa corporal y el metabo-

mo de glucosa en personas sin diabetes. Participaron 939 adultos a quienes se midió la glucosa sanguínea, la resistencia a la insulina, la hemoglobina glucosilada (promedio de glucosa de 3 meses) y se les aplicó un inventario de enojo. Análisis multivariados revelaron una asociación entre la expresión del enojo externa y la resistencia a la insulina y el enojo interno amplificó la asociación entre el índice de masa corporal y la resistencia a la insulina. El bajo control del enojo se asoció a la glucosa alta lo cual confirma que el enojo es un factor de riesgo para el desarrollo de la DM2 (Tsenkova, Carr, Coe & Ryff, 2014).

También se ha estudiado como el enojo altera los niveles de glicemia en pacientes con DM2. Por ejemplo Yi, Yi, Vitaliano y Weinger (2008) exploraron la relación entre glicemia y el enojo como estilo de afrontamiento en pacientes con DM2. Participaron 100 pacientes con DM2 a quienes se aplicaron instrumentos para evaluar los problemas relacionados con el cuidado de la diabetes y los estilos de afrontamiento además de hemoglobina glucosilada al inicio del estudio, a los 6 meses y a los 12 meses. Los análisis de regresión revelaron que la primera medición de enojo se asoció al nivel de hemoglobina glucosilada a los 12 meses. Y pudo identificarse que el estrés relacionado con el cuidado de la diabetes funge como mediador entre el enojo y el nivel de hemoglobina glucosilada. Lo cual sugiere que altos niveles de enojo como estilo de afrontamiento se relacionan con un pobre control glicémico.

El enojo puede afectar la calidad de vida de personas que padecen enfermedades crónicas. Por ejemplo Marcellin et al. (2017) llevaron a cabo un estudio en pacientes con VIH para identificar la relación entre el enojo y la calidad de vida. Los resultados indicaron que todas las dimensiones de enojo mostraron una correlación con el deterioro de la calidad de vida. El enojo interno elevado y la falta de control del enojo se identificaron como correlatos independientes de alteraciones en la calidad de vida relacionada con salud.

En otro estudio con pacientes con cáncer se investigó la asociación entre los estilos de expresión del enojo de pacientes con cáncer y sus parejas, la percepción de apoyo por parte de las mismas y el impacto de estas variables en la

CVRS. Los datos se recolectaron al inicio del diagnóstico y a los 8 meses. Participaron 153 pacientes y sus parejas. Los análisis de sendero indicaron que el apoyo de la pareja fue un mediador importante, parcialmente explicando las asociaciones entre los estilos de la expresión del enojo y la calidad de vida relacionada con la salud. El control del enojo tiene una relación positiva con el apoyo de la pareja percibido mientras que la inhibición del enojo mostró una correlación negativa con la percepción de apoyo. La expresión del enojo externa tiene un efecto negativo en la CVRS para las mujeres en comparación con los hombres. Lo cual indica que el enojo afecta la vida familiar y por ende la CVRS por lo que se sugieren intervenciones en pareja para lidiar con el enojo y mejorar el afrontamiento del cáncer (Julkunena, Gustavsson-Liliusa & Hietanenc, 2009).

En esta misma línea, Labiano-Fontcuberta, Mitchell, Moreno-García, Puertas-Martín & Benito-León (2015) evaluaron el impacto del enojo en la CVRS en 157 pacientes con esclerosis múltiple. Los análisis de regresión lineal revelaron que los altos niveles de enojo interno predicen una CVRS más baja y ser mujer intensifica esta relación. Sin embargo, en pacientes con DM2 no se han llevado a cabo estudios que involucren enojo y la calidad de vida.

Existen programas de intervención cognitivo conductuales para el manejo del enojo que han probado su efectividad en distintas poblaciones de adultos, principalmente jóvenes, utilizando técnicas de relajación, reestructuración cognitiva y estrategias de afrontamiento (Deffenbacher, 2011; López, Rodríguez, Vázquez & Alcázar, 2012), sin embargo, no se ha evaluado el impacto de intervenciones de este tipo en personas con enfermedades crónicas, incluyendo pacientes con DM2.

Por lo que el objetivo del presente estudio es describir los efectos de una intervención cognitivo conductual grupal sobre el enojo y calidad de vida en pacientes con DM2.

MÉTODO

El diseño fue preexperimental pretest-postest (Campbell & Stanley, 1978). Participaron 34 pacientes con DM2 (65% mujeres, 35% hombres) que no presentaban aún complica-

ciones crónicas derivadas de su padecimiento. La edad promedio fue de 59 años, siendo la edad mínima de 42 años y la edad máxima 76 años, con una desviación típica de 9.8, por lo que se puede afirmar que la mayoría de los participantes eran adultos mayores. El nivel socioeconómico era bajo y su nivel educativo era de primaria. El 80% de los participantes eran casados y 20% viudos. Todos firmaron un consentimiento informado en el cual se explicó el objetivo del estudio.

INSTRUMENTOS

Entrevista inicial para pacientes con DM2 (García, 2012). La entrevista consta de seis apartados: datos personales, historia de trastorno médico y psicológico, situación física actual, adherencia al tratamiento médico y expectativas al tratamiento.

Diabetes Quality of Life (DQOL). Se utilizó una versión en español (Robles, Cortázar, Sánchez-Sosa, Páez & Nicolini, 2002). Este instrumento mide la calidad de vida de personas con diabetes. Está compuesto por 45 ítems que forman 3 dimensiones: “Satisfacción con el tratamiento” (14 ítems), “impacto del tratamiento” (13 ítems), “Preocupación social/Vocacional” (7 ítems), “Preocupación relativa a los efectos futuros de la diabetes” (11 ítems). Cada ítem tiene 5 opciones de respuesta de tipo Likert que puntúan del 1 al 5. En la subescala de satisfacción las respuestas a cada ítem oscilan entre “muy satisfecho” (1 punto) a “nada satisfecho” (5 puntos). En las otras tres subescalas el rango de las respuestas es el siguiente: “nunca” (1 punto) a “Siempre” (5 puntos). Puede obtenerse una puntuación total y una puntuación por subescalas. Además, hay que tener en cuenta que una menor puntuación implica una mejor calidad de vida. Está diseñado para ser auto administrado. Los datos de fiabilidad y validez del cuestionario referido por sus autores son adecuados.

El Inventario multicultural de la expresión de cólera y la hostilidad (ML-STAXI) (Moscoso & Spielberger, 1999). Está compuesto por 44 reactivos que forman 3 dimensiones: “Enojo como estado” (10 reactivos), “Enojo como rasgo” (10 reactivos) y “expresión y control de enojo” dividido en dos subescalas: Expresión interna (5 ítems), Expresión externa

(6 ítems), con respecto al control se divide en control interno (6 ítems) y control externo (7 ítems). El instrumento cuenta con una buena validez factorial y puede ser de aplicado de forma individual o colectiva. La mayoría de los estudios en los que se ha utilizado el instrumento ha sido en población joven (García-Padilla, Lara-Vargas & Albarracín-Rodríguez, 2016).

PROCEDIMIENTO

Se invitó a pacientes con diagnóstico de DM2 para participar en el estudio. La invitación se hizo en la sala de espera de las diferentes instituciones de salud. Una vez que aceptaron participar se entregó una carta de consentimiento informado con una explicación clara y sencilla del objetivo del presente estudio. Se le aplicó una entrevista estructurada para obtener información precisa sobre el estado actual de autocuidado, enseguida se llevó a cabo la primera evaluación individual con la aplicación de los instrumentos mencionados antes de la intervención.

La intervención cognitivo conductual fue una réplica del estudio realizado por García (2012) en la que se redujo el número de sesiones a ocho, que se impartieron una vez por semana durante 2 horas cada una.

Tres estudiantes del último semestre de la Licenciatura en Psicología (capacitadas por una psicóloga educadora en Diabetes y especialista en terapia cognitivo conductual) impartieron el Programa

En estas sesiones se utilizaron las siguientes técnicas:

Psicoeducación: informar sobre la enfermedad y la conducta (síntomas, complicaciones agudas, crónicas).

Autocontrol: automonitoreo en la toma de medicamentos, alimentación y ejercicio.

Modelo de solución de problemas de D'Zurilla: identificación de problemas, generación de alternativas, evaluación de cada una de ellas, puesta en práctica y evaluación de resultados.

Reestructuración cognitiva: identificación de pensamientos disfuncionales relacionados con el padecimiento y generación de pensamientos alternativos adaptativos.

Entrenamiento en asertividad: habilidad de pedir ayuda y decir no en situaciones de riesgo con el consumo de alimentos.

Las sesiones de la intervención y los temas que se impartieron se muestran en la Tabla 1. En todas las sesiones se proporcionó material educativo para que el paciente repasara y recordara la información revisada.

Tabla 1
Temas abordados en la intervención cognitivo conductual

No. de sesión	Tema	Contenido/Técnicas
1	Presentación y educación para la salud	Estructura de la intervención, Expectativas/Discusión Definición, síntomas, complicaciones agudas y crónicas, factores de riesgo, tratamiento/Exposición
2	Psicoeducación y asertividad	Relación pensamiento-reacción física-emoción- conducta/Exposición- Discusión Conducta no asertiva, agresiva y asertiva/ modelamiento y moldeamiento.
3	Control emocional	Reestructuración cognitiva, modelo de solución de problemas, relajación.
4	Automonitoreo de glucosa y toma de medicamentos	Uso del medidor de glucosa, efecto de los medicamentos/modelamiento, modelo de solución de problemas, control de estímulos.
5	Alimentación	Relación alimentación-glucemia, grupos de alimentos, menú bajo en carbohidratos/modelamiento, modelo de solución de problemas, control de estímulos.
6	Ejercicio físico	Relación entre actividad física y glucemia, opciones para realizar actividad física / modelo de solución de problemas, contrato conductual, modelamiento.
7	Revisión y cuidado de los pies/Inyección de insulina	Recomendaciones para la prevención del pie diabético y aplicación de la inyección de insulina/modelamiento, modelamiento y ensayo conductual.
8	Cierre	Logro de objetivos y compromisos a las plazo/Discusión.

Los pacientes contestaron los mismos instrumentos después de recibir la intervención. Los datos obtenidos se capturaron en la base de datos, mediante el programa SPSS versión 21, en el cual se llevó a cabo el análisis de resultados.

RESULTADOS

Se aplicó la prueba estadística t de Student, para identificar las diferencias significativas en los puntajes obtenidos entre el pre y post del Inventario de Calidad de Vida en Diabetes DQOL en los pacientes que participaron en el estudio. Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el pretest y postest con un nivel de significancia de .000 en la dimensión “Satisfacción con el tratamiento” (ver Tabla 2).

Tabla 2
Comparación entre las puntuaciones de los participantes en el pretest y postest en el inventario de calidad de vida DQOL.

Dimensiones	Pretest		Postest		t	df	p
		DE		DE			
Satisfacción con el tratamiento	27.0294	9.02685	20.3824	5.30874	3.874	33	.000
Impacto del tratamiento	38.9118	8.32436	35.8235	7.77124	1.733	33	.092
Preocupaciones por aspectos sociales y vocacionales	3.9706	3.67205	4.5294	4.40547	-.662	33	.512
Preocupaciones por aspectos futuros de la diabetes	7.6471	2.68421	6.6471	3.16115	1.477	33	.149

Se llevó a cabo el análisis del cambio clínico objetivo (Cardiel, 1994) mediante una fórmula utilizada en diversos estudios la cual consiste en obtener la diferencia entre la puntuación del pretest y postest dividida entre el pretest. Se declara la presencia de un cambio clínicamente significativo cuando es mayor a 20%. Estos pueden indicar un deterioro o una mejoría clínica dependiendo del sentido de los datos.

En la Tabla 3 se muestran los cambios clínicos en relación a las dimensiones del DQOL. Respecto a la Satisfacción con el tratamiento se identificó una mejoría en 20 pacientes, 11

pacientes no percibieron cambios y solo 3 pacientes empeoraron. En relación al Impacto del tratamiento se obtuvo una mejoría en 8 pacientes, deterioro en 6 y 20 pacientes que no presentaron ningún cambio en ésta escala.

En el análisis del cambio clínico respecto a la Preocupación por aspectos sociales y vocacionales se obtuvieron resultados considerables en donde 15 pacientes obtuvieron cambios positivos, mientras que 7 personas empeoraron y 12 pacientes no mostraron cambios significativos.

En los resultados del cambio clínico en el área de Preocupaciones por aspectos futuros de la diabetes, 18 pacientes manifestaron cambios positivos, 11 pacientes mostraron cambios negativos y 5 pacientes no mostraron cambios.

Tabla 3
Cambio clínico objetivo entre el pre y post del Inventario de calidad de vida en Diabetes DQOL.

Dimensiones	Mejoría	Sin cambios	Deterioro
Satisfacción con el tratamiento	20	11	3
Impacto del tratamiento	8	20	6
Preocupación por aspectos sociales y vocacionales	15	12	7
Preocupaciones por aspectos futuros de la diabetes	18	5	11

De igual forma se realizó la prueba t de Student en el Inventario Multicultural de la Expresión de la Cólera y Hostilidad (ML-STAXI) para identificar las diferencias estadísticamente significativas entre el pretest y postest. Se encontraron diferencias significativas (menor a 0.5) en cuatro de las dimensiones, se encontró significancia en la dimensión “enojo como rasgo” lo cual sugiere que la muestra obtuvo un cambio respecto a su auto imagen, así como la disposición o vulnerabilidad para reaccionar generalmente ante situaciones que le causen enojo.

Se identificó una diferencia significativa de .024 en la subescala “reacción de enojo” y en la dimensión “expresión y control de enojo” se encontraron diferencias significativas en la subescala “control interno de enojo” con una signifi-

cancia de .000 lo que sugiere un considerable intento por calmarse o relajarse para disminuir el enojo, así como en la subescala “Expresión interna de enojo” con .015 lo cual indica que los sujetos podrían buscar suprimir su enojo, alejarse de los demás y guardar rencores (ver Tabla 4).

Tabla 4
Comparación entre las puntuaciones de los participantes en el pretest y postest en el inventario multicultural de la expresión del cólera y hostilidad (ML – STAXI).

Dimensiones	Pretest		Postest		t	df	p
		DE		DE			
Enojo como estado	11.94	3.89	10.88	1.53	1.48	33	.148
Sintiendo enojo	6.20	2.02	5.70	1.19	1.36	33	.181
Deseo de expresar enojo física y verbalmente	5.73	2.39	5.17	0.75	1.27	33	.212
Enojo como rasgo	17.41	6.18	15.32	5.72	2.09	33	.044
Temperamento de enojo	8.23	3.10	7.76	3.31	1.15	33	.257
Reacción de enojo	9.17	3.63	7.55	2.80	2.36	33	.024
Control de enojo interno	9.17	3.63	20.58	4.69	-9.8	33	.000
Control de enojo externo	19.02	5.11	20.64	4.05	-1.8	33	.079
Enojo interno	9.79	3.22	9.23	3.16	.91	33	.369
Enojo externo	11.17	3.57	9.76	3.13	2.5	33	.015
Total	117.35	21.96	112.64	15.38	1.45	33	.156

Se realizó el análisis del cambio clínico objetivo entre el pretest y el postest del inventario de cólera y hostilidad en cada una de sus dimensiones, en la Tabla 5 puede observarse el número de pacientes que mejoraron, empeoraron o que permanecieron igual.

Como puede observarse, en las dimensiones Enojo como rasgo (disposición general a responder con enojo), Reacción de enojo (el grado en que la persona reacciona con ésta emoción ante situaciones frustrantes), Temperamento de enojo (la tendencia a reaccionar con enojo por cualquier motivo en cualquier lugar y con cualquier persona), Enojo externo (expresar el enojo hacia los demás) y Enojo interno (suprimir

el enojo con rencores) entre el 30% y el 40% de los pacientes mostraron mejoría. En el resto de las dimensiones, la mayor proporción de pacientes no mostraron cambios y pocos mostraron un empeoramiento.

Tabla 5
Cambio clínico objetivo entre el pre y post del Inventario multicultural de la expresión de la cólera y hostilidad (ML – STAXI).

Dimensiones	Mejoría	Sin cambios	Deterioro
Enojo como estado	6	25	3
Sintiendo enojo	5	21	8
Deseo de expresar enojo física y verbalmente	4	28	2
Enojo como rasgo	14	14	6
Temperamento de enojo	12	17	5
Reacción de enojo	15	13	6
Control de enojo interno	8	23	2
Control de enojo externo	9	23	2
Enojo externo	12	14	8
Enojo interno	11	18	5

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La presente investigación es un estudio inicial sobre el enojo en pacientes con DM2. Cabe destacar que la intervención no fue diseñada exclusivamente para mejorar el manejo del enojo. Sin embargo se incluyeron algunas estrategias para mejorar la regulación emocional que demostraron algunos beneficios en la manifestación de conductas relacionadas con el enojo. Por ejemplo, pudo observarse que en la subescala que existió una mejoría evidente fue el control de enojo interno que se evalúa con los reactivos “Hago algo reconfortante para calmarme”, “Trato de relajarme”, “Respiro profundo para relajarme” lo cual coincide con otros estudios que implementan la técnica de relajación y que han sido

efectivos para mejorar el manejo del enojo (Deffenbacher, 2011; López, Rodríguez, Vázquez & Alcázar, 2012).

En la variable en la que existieron mayores beneficios fue Calidad de Vida, excepto en la subescala que evalúa Preocupaciones por aspectos futuros de la diabetes. Esto puede deberse a que a mayor información sobre el padecimiento se incrementó la preocupación por las consecuencias de la DM2. Esto coincide con el estudio llevado a cabo por Dehghani-Tafti et al. (2015) en el cual pudo identificarse que a mayor información sobre diabetes se incrementa la percepción de severidad y con ello un incremento en las conductas de autocuidado.

Otro elemento a destacar son los episodios de hiperglucemia o de hipoglucemia que pudieran inducir o relacionarse con episodios de enojo, por ejemplo, pacientes con DM2 tienden a confundir los síntomas de ansiedad con hipoglucemia y al contrario, lo cual puede ocasionar que tomen medidas en sus tratamiento que no sean adecuadas (Wiebe, Alderfer, Palmer, Lindsay & Jarrett, 1994). Así que podría estudiarse si la persona se enoja porque sus niveles de glicemia están descontrolados o confunde los síntomas de enojo con alteraciones en la glicemia. Por ejemplo, en un estudio Weinger, Jacobson, Draelos, Finkelstein y Simonson (1995) identificaron que los pacientes con DM2 identifican como síntomas de hipoglucemia el malhumor que puede interpretarse como una respuesta de enojo.

Se sugiere desarrollar estudios sobre la relación entre el enojo y las relaciones familiares que a su vez pudieran repercutir en el apoyo social para el manejo del padecimiento. Otro aspecto interesante es la percepción de las limitaciones percibidas en la enfermedad que quizás puedan relacionarse con sentimientos de frustración que se externen como conductas relacionadas con el enojo (Jones, Olsen, Perrild & Willaing, 2016).

Valdría la pena verificar la estructura factorial del ML-STAXI ya que se ha utilizado en población adulta joven, sin embargo se desconoce si debieran hacerse algunas modificaciones para aplicarse en población adulta mayor, que fue el grupo que participó en esta investigación, tal

como se ha llevado a cabo al evaluar la depresión en adultos mayores (Gómez-Angulo & Campo-Arias, 2011).

Es recomendable llevar a cabo investigaciones para identificar la relación que existe entre calidad de vida y enojo en personas con diabetes. Esto permitirá el diseño de intervenciones específicas para abordar este problema para el manejo adecuado del padecimiento debido al impacto negativo en el control del padecimiento (Yi, Yi, Vitaliano & Weinger, 2008). Sería recomendable incluir un grupo control en la intervención para mejorar la validez interna y externa en estudios futuros.

El estudio del enojo en personas con enfermedades crónicas y su relación con la calidad de vida es una línea de investigación que ha sido poco explorada y que representa una oportunidad para generar nuevo conocimiento en este sentido.

REFERENCIAS

- Abraham, S., Shah, N., Diez, A., Hill-Briggs, T., Seeman, T., Szklo, M., Schreiner, P. & Hill, S. (2015). Trait anger but not anxiety predicts incident type 2 diabetes: The Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA). *Psychoneuroendocrinology*, 60, 105-113.
- Alcázar, R. J. Deffenbacher, J. & Byrne, Z. (2011). Assessing the factor structure of the anger expression inventory (MLSTAXI) in a Mexican sample. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 11, 307-318.
- Campbell, D. & Stanley, J. (1978). *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social*. Buenos Aires, Amorrourtu Editores.
- Cardiel, R.M. (1994). La medición de la calidad de vida. En Moreno, L., Cano-Valle, F. y García-Romero (Eds.), *Epidemiología clínica* (pp.189-199). México, Interamericana-McGraw Hill.
- Deffenbacher, J. (2011). Cognitive-Behavioral Conceptualization and Treatment of Anger. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18, 212-221.
- Dehghani-Tafti, A., Mahmoodabad, S. S. M., Morowatisharifabad, M. A., Ardakani, M. A., Rezaeipandari, H., & Lotfi, M. H. (2015). Determinants of Self-Care in Diabetic Patients Based on Health Belief Model. *Global Journal of Health Science*, 7(5), 33-42.
- García, R. (2012). Efectos de la entrevista motivacional en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología, UNAM.
- García-Padilla, A., Lara-Vargas, E. & Albarracín-Rodríguez, A. (2016). Análisis psicométrico del Staxi-2 y el MI-Staxi en adultos del Área Metropolitana de Bucaramanga. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, Vol. 16 No. 2, pp 5-44.
- Golden, S. (2007). A review of the evidence for a neuroendocrine link between stress, depression and diabetes mellitus. *Current Diabetes Review*, 3 (4), 252-259.
- Gómez-Angulo, C. & Campo-Arias, A. (2011). Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. *Universitas Psychologica*, 10 (3), 735-743.
- Hernández-Ávila, M., Gutiérrez, J. & Reynoso-Noverón, N. (2013). Diabetes mellitus en México: El estado de la epidemia. *Salud Pública de México*, 55(Supl. 2), s129-s136.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2017). Estadísticas de mortalidad. Consultado en http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/muertos2017_Nal.pdf

- Jannoo, Z., Bee, Y., Mohd, A., Mohamed, L. & Hassali, A. (2017). Examining diabetes distress, medication adherence, diabetes self-care activities, diabetes-specific quality of life and health-related quality of life among type 2 diabetes mellitus patients. *Journal of Clinical & Translational Endocrinology*, 9, 48-54.
- Jones, A., Olsen, M., Perrild, H. & Willaing, I. (2016). The psychological impact of living with diabetes: Descriptive findings from the DAWN2 study in Denmark. *Primary Care Diabetes*; 10(1), 83-6.
- Julkunen, J., Gustavsson-Liliusa, M. & Hietanenc, P. (2009). Anger expression, partner support, and quality of life in cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 66, 235–244.
- Karimi, M. & Brazier, J. (2016). Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference? *Pharmacoeconomics*, 34(7), 645-9.
- Labiano-Fontcuberta, A., Mitchell, A., Moreno-García, S., Pueras-Martín, V. & Benito-León, J. (2015). Impact of anger on the health-related quality of life of multiple sclerosis patients. *Multiple Sclerosis Journal*, 21(5), 630–641.
- López, B., Rodríguez, E., Vázquez, F. & Alcázar, R. (2012). Intervención cognitivo conductual para el manejo de la ira. *Revista Mexicana de Psicología*, 29 (1), 97-103.
- Lyons, W. (1993). *Emoción*. Barcelona: Anthropos.
- Marcellin, F., Protopopescu, C., Esterle, L., Wittkop, L., Piroth, L., Aumaitre, H., Bouchaud, O., Goujard, C., Vittecoq, D., Dabis, F., Salmon-Ceron, D., Spire, B., Roux, P., Carrieri, M. & the ANRS CO13-HEPAVIH Study Group (2017). Anger and quality of life in patients co-infected with HIV and hepatitis C virus: a cross-sectional study (ANRS CO13-HEPAVIH). *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 29(7), 786-791.
- Moscoso, M. S. & Spielberger, C. D. (1999). Evaluación de la experiencia, expresión y control de la cólera en Latinoamérica. *Revista Psicología Contemporánea*, 6(1), 4-13.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (2017). *Health at a Glance 2017*. Consultado en <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8117301e.pdf?expires=1517720420&id=id&accname=guest&checksum=06CDF-844CE28D19B99C0D9EFF67EC86F>
- Robins, S. & Novaco, R. (1999). Systems conceptualization and treatment of anger. *Journal of Clinical Psychology*, 55(3), 325–337.

- Robles, R., Cortázar, J., Sánchez-Sosa, J., Páez, F. & Nicolini, H. (2002). Evaluación de la calidad de vida en Diabetes Mellitus Tipo II: propiedades psicométricas de la versión en español del DQOL. *Psicothema*, 15, 247-252.
- Tsenkova, V., Carr, D., Coe, C. & Ryff, C. (2014). Anger, adiposity, and glucose control in nondiabetic adults: findings from MIDUS II. *Journal of Behavioral Medicine*, 37,37–46.
- WHOQOL (1998). Programme on Mental Health: User Manual. World Health Organization.
- Wiebe, D., Alderfer, M., Palmer, S., Lindsay, R. & Jarrett, L. (1994). Behavioral Self-Regulation in Adolescents with Type 1 Diabetes: Negative Affectivity and Blood Glucose Symptom Perception. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 6, 1204-12.
- Weinger, K., Jacobson, A., Draelos, M., Finkelstein, D. & Simonson, D. (1995). Blood glucose estimation and symptoms during hyperglycemia and hypoglycemia in patients with insulin-dependent diabetes mellitus. *The American Journal of Medicine*, 98, 22-31.
- Yi, J., Yi, J., Vitaliano, P. & Weinger, K. (2008). How Does Anger Coping Style Affect Glycemic Control in Diabetes Patients? *International Journal of Behavioral Medicine*, 15(3), 167–172.



VIDEOJUEGOS ENFOCADOS A LOS ADULTOS MAYORES:

USABILIDAD Y GUÍAS DE DISEÑO

Ramón René Palacio Cinco
Christian Oswaldo Acosta Quiroz
Javier José Vales García
Joaquín Cortez González
Raquel García Flores

Instituto Tecnológico de Sonora, Unidad Navojoa

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue determinar el impacto de un videojuego con parejas compuestas por un adulto mayor y un niño e identificar las preferencias de adultos mayores para controlar un videojuego. Se invitó a 18 participantes a jugar un videojuego llamado HappySky, el resto de los participantes fueron nueve niños, todos de ocho años de edad. El impacto de este juego se midió en función de Usabilidad, Experiencia de uso e Interacción social. Los participantes expresaron que les fue fácil y consideran que puede ser utilizado como actividad de ocio. Con respecto al segundo objetivo, participaron 15 adultos mayores a jugar el videojuego *Angry Birds* en distintas modalidades: Táctil, Wii, Xbox o Kinect. El estudio identificó que el Xbox permitió un mejor desempeño en el juego, lo cual sugiere que los dispositivos de control de videojuegos para el adulto mayor deben adaptarse para compensar sus limitaciones funcionales, sensoriales y cognitivas.

Palabras clave: adultos mayores, videojuegos, usabilidad

INTRODUCCIÓN

Realizar actividades con videojuegos demanda de las personas concentración, memoria, coordinación y velocidad de reacción. Estos poseen atributos favorables, como ayudar a mejorar el proceso de aprendizaje motor y la recuperación de los incidentes de derrame cerebral, lesión cerebral traumática, y otros deterioros neuromusculares mediante el aumento de la motivación del usuario durante el entrena-

miento. Los videojuegos pueden mejorar la atención, coordinación ojo-mano, habilidades motoras finas, memoria a corto plazo, solución de problemas y velocidad de reacción en nuevas situaciones. Además, al involucrar a diferentes personas en el juego, pueden también contribuir al bienestar emocional. A medida que los videojuegos producen afectos positivos, se les asocia con mejoras en la salud mental. Aunque sólo unos cuantos estudios han publicado sobre los efectos de los videojuegos en los adultos mayores, estos sugieren la posibilidad de efectos conductuales, cognitivos y emocionales (Goldstein et al., 1997; Kaufman et al., 2016). Por lo anterior, a medida que los videojuegos refuercen estas habilidades, resultan benéficos para las personas, y más en particular para los adultos mayores.

Los videojuegos basados en ejercicios físicos pueden motivar a los adultos mayores a ejercitarse y como beneficio adicional su naturaleza social puede remediar el problema del aislamiento en algunos de ellos. Aun cuando hay pocos estudios sobre los efectos sociales o físicos de los videojuegos basados en ejercicios físicos en la población de adultos mayores, el uso del Nintendo Wii se ha vuelto común en la rehabilitación física, en el tratamiento para reducción de síntomas de depresión y desempeño cognitivo en dicha población, con un impacto positivo en el bienestar psicológico y físico de los mismos, propiciando un mayor disfrute de los aspectos sociales del videojuego. Sin embargo, existe evidencia inconclusa sobre los beneficios físicos y de salud de los videojuegos basados en ejercicio físico en adultos mayores, así como sus efectos en aspectos psicológicos (Wollersheim et al., 2010).

Otros estudios confirman el rol de la tecnología al incrementar la interacción social, autoestima, satisfacción con la vida y autonomía percibida. Con base en las relaciones positivas de actividad física, interacción social y envejecimiento cognitivo, es importante investigar cómo se puede utilizar la tecnología digital para mejorar el bienestar de los adultos mayores a través de actividad física, entretenimiento e interacción social (Hwang, Hong, Hao & Jong, 2011).

Como resultado del enorme progreso en las tecnologías del aprendizaje, los juegos digitales se han vuelto herramien-

tas factibles de aprendizaje. Sin embargo, debido al impacto del envejecimiento sobre las interacciones humano-máquina, es necesario el desarrollo de interfaces más amigables que solventen el problema de analfabetismo y obstáculos psicomotores en muchos adultos mayores. Fisk, Rogers, Charness, Czaja y Sharti (2004) encontraron que más del 50% de los problemas informados por participantes mayores al usar tecnología se relacionan a la usabilidad y que esto puede solucionarse con mejoras en el diseño o con entrenamiento. Los dispositivos de entrada y salida son un aspecto delicado en particular, pues implican interacción con el sistema sensorial o perceptual del usuario. Tales usuarios sufren cambios con la edad que pueden dificultar la usabilidad, la cual se define como la posibilidad de tener acceso a un producto.

Por lo tanto, el diseño de un dispositivo de tecnología para adultos mayores debe basarse en aspectos familiares de la actividad, reducir la cantidad de esfuerzos de aprendizaje, minimizar el número de elementos de interfaces y maximizar la consistencia en las mismas. Por lo tanto, la información requerida para ejecutar correctamente una tarea, debe ser inmediatamente visible en la interface. Esto evitaría que los adultos mayores tengan que basarse en la intuición o memorización de largas secuencias de operaciones (Hwang et al., 2011).

Un estudio realizado por Goldstein et al. (1997) tuvo como propósito el examinar las respuestas conductuales, cognitivas y emocionales a videojuegos en adultos mayores no institucionalizados. Los participantes residían en un centro para adultos mayores, mentalmente competentes, con buena visión y sin deterioro motor. En general, los resultados sugieren que el jugar videojuegos se relaciona a una mejora en el tiempo de reacción y a un sentido positivo de bienestar. De igual manera se observó que los jugadores adultos mayores usaron los videojuegos como temas de conversación en un esfuerzo para hacer y mantener amistades. Frecuentemente discutían sus juegos con otros jugadores en la cafetería y otros lugares de uso común. De manera similar concluyen en el trabajo de Hwang et al., (2011) donde se concluye que participar en actividades basadas en tecnolo-

gía de videojuegos ayuda a las personas mayores a sentirse mejor y mantenerse saludables a medida que reconocen su capacidad para moverse y crear algo nuevo. Puesto que el ejercicio moderado y regular puede ser útil para combatir la depresión en personas mayores (Rute-Pérez et al., 2014).

Otro estudio realizado por Wollersheim et al. (2010) tuvo como objetivos (1) evaluar si los videojuegos basados en ejercicio físico son una actividad aceptable y factible para utilizarse en un grupo de mujeres adultas mayores con actividades programadas, (2) si el uso de estos videojuegos mejoran aspectos sociales y el bienestar mental de las participantes en el estudio, y (3) si estos videojuegos incrementan la intensidad y frecuencia de actividad física en las participantes, en comparación a otras actividades en el grupo con actividades programadas. Once mujeres en el grupo con actividades programadas completaron el estudio de 12 semanas, con una edad entre 56 y 84 años con algunas limitaciones de movilidad. Los beneficios sociales del juego fueron los más mencionados por las participantes, donde hablaban sobre la manera en que los juegos facilitaron la comunicación entre ellas y las acercó más unas a otras. Algunas mujeres mencionaron que conocer más de tecnología les permitió estar más cerca de sus nietos. Además, el juego se convirtió en una opción para su necesidad de estar activas. Las participantes informaron también haberse beneficiado cognitivamente por el juego, ya que propició en ellas nuevas conductas y les permitió conectarse con la tecnología y el mundo moderno.

En un estudio realizado por Turner y Bidwell (2007), se tuvo como objetivo determinar el significado de los juegos digitales en la vida de los adultos mayores. En su estudio proponen una serie de recomendaciones de juego tales como: que el juego proporcione las herramientas necesarias para conseguir un oponente sin importar la edad, nación e idioma; temporizador, uso de puntuaciones, pistas en pantalla, acceder a Internet en búsqueda de información sin interrumpir el juego, configurar alarmas que les permitan realizar otras actividades, que soporte traductores de idioma y distintos lenguajes. Como resultados se obtuvieron que los juegos digitales son una forma divertida de competir con sus

familiares, aunque la mayoría de los encuestados no contaban con una compañía a la hora de jugar, los que la tenían mostraban que era más importante el convivir con el otro que ganarle.

En un estudio cuyo propósito fue examinar el impacto de jugar Nintendo Wii en un grupo de adultos mayores (Schutter & Abeele, 2010), se obtuvo como resultado un impacto positivo en el bienestar psicológico y físico de los mismos. Los aspectos que se midieron fueron sentimientos de soledad, afecto y autoestima. Con el videojuego se dedujo que los adultos mayores pueden socializar y ejercitarse al mismo tiempo. El uso de Wii como una actividad terapéutica con los ancianos permite al médico trabajar hacia objetivos como el tolerar la actividad, mejorar el equilibrio y reducir el miedo y la ansiedad. Otras investigaciones han demostrado los beneficios médicos de Wii para el tratamiento terapéutico de la parálisis cerebral, enfermedad de Parkinson y osteoporosis (Ijsselsteijn, Nap, Kort & Poels, 2007).

Una investigación realizada por (Lehtinen, Näsänen & Sarvas, 2009) muestra el significado de los juegos digitales desde la perspectiva de las actividades del adulto mayor, los cuales consideran importante que ayudar al jugador (adulto mayor), mientras está controlando el juego, es crucial para que éste no se sienta frustrado durante la realización de la actividad.

Simon (2009) explora lo que se espera entre la tecnología y lo que realmente se ha logrado actualmente. Por lo tanto los creadores de nuevas aplicaciones deben diseñarlas con base en algo que realmente sea de apoyo para la persona que lo requiere. También es importante considerar las ideas de diseño que en Rice y Carmichael (2007) se recomiendan para crear una herramienta para el adulto mayor. Estas ideas sugieren que el diseño físico sea amigable, con botones de tamaño grande. Lo referente a la pantalla es importante que se muestren las letras y números grandes, y sobre todo la iluminación debe tener una duración mayor a la normal, y que no se oscurezca durante la selección o escritura.

Una problemática sustraída de la relación actividades de ocio - videojuegos - adulto mayor, es la poca variedad de herramientas en el mercado. Si bien existen las consolas de

videojuegos como Nintendo Wii, DS, PlayStation, Xbox, por mencionar los más comunes y populares, sus clientes principales oscilan entre los 5 y los 35 años de edad aproximadamente. Aunado a esto surge otra problemática, que es la vaga o nula información sobre los requerimientos o características y habilidades de juego de un adulto mayor. Algunos intentos por estudiar el entorno gráfico de un videojuego para un adulto mayor han arrojado pocas ideas de diseño. En este sentido, los objetivos de ese estudio fueron:

Determinar el impacto de un videojuego con parejas compuestas por un adulto mayor y un niño.

Identificar las preferencias de adultos mayores para controlar un videojuego.

MÉTODO

Con respecto al primer objetivo, se invitó a 18 participantes a jugar un videojuego llamado HappySky (Studio Control Freak, 2011), de los cuales nueve eran adultos mayores con un rango de edad entre 62 a los 78 años, su nivel educativo era del 56% hasta primaria, el 11% bachillerato, el 22% profesionistas y el 11% restante no contó con estudios. El resto de los participantes fueron nueve niños, todos de ocho años de edad. Para realizar la actividad con el videojuego fue necesario utilizar un Kinect, una computadora, un proyector, una cámara de video, dos dispositivos de audio, una cámara digital y el juego HappySky. La lógica de este juego consistió en trabajar en equipo donde que ambos jugadores (1 adulto mayor y 1 niño) utilizan dos redes para atrapar al dragón, donde dichas redes deben posicionarse al mismo tiempo sobre el dragón el cual tiene movimientos libres a diferentes velocidades, a fin de ser capturado, por lo que al ser capturado por ambas redes debe ser llevado a una jaula que aparece al cumplirse con el trabajo en equipo. El impacto de este juego se midió en función de:

Usabilidad: la usabilidad hace referencia a la rapidez y facilidad con que las personas llevan a cabo sus tareas propias a través del uso del producto objeto de interés, llegando al fin de alcanzar un objetivo concreto.

Experiencia de uso: se refiere a la sensación, sentimientos, valoración, satisfacción, obtenidos al resolver el problema estratégico de la utilidad del producto y el problema psicológico del placer y diversión de su uso.

Interacción social: se refiere a la capacidad de interactuar y establecer relaciones de confianza y afecto con adultos y pares, compartiendo, participando y colaborando en la actividad grupal.

Con respecto al segundo objetivo, se invitaron a 15 adultos mayores a jugar el videojuego Angry Birds. La media de edad de los participantes era de 69 años (mínimo 60 y máximo 79), donde 80% de ellos eran de sexo femenino y 20% de sexo masculino; en cuanto al nivel de estudios alcanzado, ocho eran de nivel básico, cinco sin estudios, una sola persona cursó el nivel medio superior y sólo un participante alcanzó el nivel superior (licenciatura). Cabe destacar que el videojuego utilizado fue Angry Birds en su versión clásica. La lógica del juego consiste en lanzar “pájaros” directo a unos “cerdos”, los cuales se encuentran bloqueados por trampas que deben ser derribadas para poder avanzar de nivel. El objetivo es liberar los huevecillos de los pájaros que han sido capturados. Los participantes jugaron el mismo videojuego en cuatro modalidades de interacción diferente, las cuales eran: Pantalla táctil, Control Wii, Control Xbox y Kinect.

Para realizar el estudio se realizaron los siguientes pasos:

Registro de participantes.

Descripción general del juego.

Creación de grupos. Se formaron cuatro grupos de participantes al azar. Tres grupos fueron de cuatro participantes y uno de tres. Posterior a eso se les asignó una modalidad de juego (Táctil, Wii, Xbox o Kinect).

Entrenamiento.

Participación de Juego.

Posterior a que los participantes jugaron en la modalidad que se les asignó, se les pidió que entrenaran y jugaran en otra modalidad. Esto siguió así hasta que los participantes jugaran en las cuatro modalidades.

Cabe mencionar que después de jugar en dos modalidades, se realizó un descanso para convivir.

Todo el estudio fue grabado con cámaras de video, el cual tuvo una duración total de cuatro horas. Posterior a eso se analizaron los videos del estudio considerando cuatro tipos de medición durante la interacción del adulto mayor con el videojuego:

Tipo 1: Tiempo de control: (sostener-apuntar-lanzar): esto nos ayuda a destacar observaciones respecto a la conducta del participante con el control del juego, es decir, desde que toma el control de la resortera, captura el ave y lo lanza. Esta medida se realizó en milisegundos.

Tipo 2: Tiros efectivos: con esta categoría tan sólo se mide la habilidad de lanzamiento y la cantidad de tiros acertados durante la partida.

Tipo 3: Tiros fallados: en este tipo se contabilizan los tiros fallados durante el juego.

RESULTADOS

Con respecto al primer objetivo de este estudio que fue determinar el impacto de un videojuego con parejas compuestas por un adulto mayor y un niño, en cuanto a usabilidad los participantes mostraron la facilidad de uso del videojuego, el cual se midió mediante la simplicidad que mostraron los participantes para el manejo e interacción con el juego. Tanto los niños como los adultos mayores (AM) no presentaron problemas a la hora de manipular su personaje (en este caso “papalotes”). Algunas de las respuestas de los participantes fueron:

“...Pues se me hizo fácil; no se me hizo muy difícil...” [AM4].

“...Se imagina, no hice ni dos minutos, fueron segundos para capturarlos, eso lo toman en cuenta...” [AM5].

“...Oh, sí muy breve, pero pues productivo porque rápido capturamos al dragón...” [AM5].

“...Pues mire, a mí nunca me había tocado, pero me sentí bien...” [AM7].

“...Pues más fácil, porque con el control, yo no sé controlarlo con eso...” [AM6].

La utilidad se hizo también presente durante el juego con Kinect, ya que los participantes pudieron hacer uso del sensor sin presentar dificultades, pues comprendieron la forma de utilizarlo y además de que lograron la finalidad del juego. Además se pudo notar que los adultos mayores le vieron la utilidad del video juego ya que les fue atractivo para continuar utilizándolo.

“...Claro que sí, porque le distrae la mente a uno, en lugar de estar acostado en casa con malos pensamientos, ojalá que fuera cuando menos dos o tres veces a la semana...” [AM4].

“...Sí claro, esto estimula el cerebro, es bueno no hacer nada más por hacer cosas por inercia, que nos pongan a pensar que resuelvan problemas que le busquemos la forma; por ejemplo si vamos a jugar un juego donde vamos a resolver un problema, ver quien lo resuelve más rápido y de qué forma lo resuelven...” [AM7].

“...Sí, así como hacen esos tipos de videojuegos, que sean más positivos, que les dejen algo a los niños y a nosotros, no esa mentalidad de la violencia...” [AM8].

Los participantes expresaron que les fue fácil y consideran que puede ser utilizado como actividad de ocio. Esto se pudo constatar con los resultados que corresponden a si lograron o no los objetivos del videojuego. En este caso, los participantes tenían como meta conseguir pasar dos niveles del juego HappySky los cuales consistió en “capturar el dragón”, lo cual les resultó más complejo para las parejas, ya que éstas debían trabajar en equipo; así que a algunos participantes se les dificultaba el pasarlo. Un 77.78% logró cumplir con el objetivo esperado y el 22.22% no logró cumplir con este objetivo.

En cuanto a la experiencia de uso, se mostró que los participantes sintieron la satisfacción del uso del videojuego con Kinect, ya que los participantes se mostraron concentrados a la hora de jugar, presentaron atención a la pantalla, a sus movimientos y a su compañero de juego, y también cuidaban

no salir del área del sensor. Algunos de los comentarios de los participantes que muestran este punto son los siguientes:

“...Ellos son la chispa para uno, nos transmiten el juego, por su edad, como que vuelve uno a la juventud...” [AM5].

“...Como pasatiempo me imagino que sí, es muy agradable, como relajamiento de uno mismo...” [AM1].

“...Bien motivado ya que es una cosa que yo no conocía nada...” [AM1].

Dentro de esta clasificación se encuentran ciertos puntos en donde se demuestra que durante la prueba algunos participantes se mostraron ansiosos porque se les dificultaba pasar de nivel, se desesperaban ya que pasaron más tiempo para lograr cumplir los objetivos y resultó cansado para los niños. Por el contrario otros participantes no mostraron ansiedad ya que lograron cumplir con el juego sin dificultad. Algunos comentarios al respecto fueron los siguientes:

“...Pues que queríamos atrapar el dragón y no podíamos hacerlo, le batallamos...” [AM6]

“...Ya me cansé, me duele mi mano...” [niño]

Siguiendo con esta clasificación, la satisfacción de los participantes se vio reflejada en que ellos pasaron un momento agradable al usar el videojuego, además de compartir su tiempo con otras personas, lo cual fue muy favorable para el estado de ánimo de los involucrados. Algunos comentarios que apoyan este concepto se muestran a continuación:

“...Me acordé de mi infancia, un poquito, sentí muy agradable el juego, está bonito...” [AM1].

“...Sí, claro que sí, muy bien me sentí...” [AM3].

“...Estoy emocionado porque no hice ni dos minutos, fueron segundos para capturarlos...” [AM5].

El disfrute fue un elemento muy importante a la hora del juego, ya que los participantes pudieron estar contentos a la hora de interactuar con el juego, además de mantenerlos

concentrados durante su turno. Algunos comentarios al respecto fueron:

“...Estaba aprendiendo, hasta me estaba riendo, nunca me imaginé que iba a estar jugando...” [AM8].

“...Se le hace a uno corto el tiempo, como uno se la pasa muy bien...” [AM3].

“...Rapidito, luego, luego se terminó...” [AM2].

En esta misma clasificación observamos que la atención es un factor que se hizo presente durante la prueba, siendo que los participantes se mantuvieron concentrados y atentos al juego, a la pantalla y al sensor durante su turno. Más del 90% del total de los participantes centraron su atención al juego. En cuanto a interacción social, los resultados fueron evidentes ya que este estudio ayudó a las personas mayores y a los niños a interactuar no sólo con el juego, sino con su compañero durante la prueba y con las personas alrededor. Esto pudo haber sido porque se dieron cuenta de que son capaces de manipular este tipo de tecnología y convivir con otras personas a la vez. Igualmente es una forma de que se mantengan activos realizando ciertos movimientos y desarrollando su respuesta y reacción. En cuanto a competencia, los participantes no mostraron interés en utilizar los videojuegos como modo de competición, sino más bien como una forma para pasar tiempo con sus familiares o amigos. Algunos comentarios fueron:

“...Me da lo mismo ganar o perder...” [AM4].

“...Para competir necesito primero jugarlo solo para entenderlo mejor y ya después competir...” [AM2].

“...Yo creo que entretenerme solo, ya después hacerles competencia para ver qué resultados nos da...” [AM3].

La cooperación se hizo presente durante el juego. Los participantes tuvieron esa necesidad debido a que para cumplir con el objetivo era indispensable el comunicarse con su compañero de juego. Algunos comentarios sobre este punto fueron:

“...Es una motivación que tiene uno para pasar un rato agradable...” [AM3].

“...Pasar un buen rato con mis nietos, antes con mis hijos y ahora con mis nietos...” [AM5].

“...A pesar de la disparidad de edades, todo muy bien porque hay más comunión entre ambos...” [AM7].

La comunicación fue un elemento muy importante a la hora de jugar el juego con Kinect, esto para cumplir con el objetivo del juego e interactuar con su compañero en el caso de las parejas participantes. Este elemento se ve reflejado en la cantidad de interacciones que hicieron los participantes. Los participantes al tener la oportunidad de jugar con el videojuego disfrutaron de la oportunidad de interactuar no sólo con el sensor del Kinect y el juego, sino también con otras personas, ya que para jugarlo era necesario realizar parejas. Durante este proceso el estado de ánimo de los adultos mayores fue mejorando por la comunicación que se dio con los niños. Se debe resaltar que sólo dos de las parejas eran familiares. Estos terminaron los niveles de juego mucho más rápido que los demás. De la misma manera el porcentaje de interacciones fue mucho mayor en comparación con las parejas que no se conocían anteriormente.

Con respecto al segundo objetivo de este estudio que fue identificar las preferencias de adultos mayores para controlar un videojuego, los resultados en cuanto a estadística descriptiva muestran que el Xbox sobresale como el dispositivo con una media de 2.4 (DE =0.964) de tiros efectivos, siendo éste de acuerdo a la obtención de la media, el dispositivo con el que los participantes lograron más aciertos. Cabe resaltar que fue el dispositivo con menor número de tiros fallados, una media de 1.25 (DE=1.342). De esta manera, el control de Xbox pareciera ser el más favorecido frente al resto de los dispositivos para interactuar con el videojuego.

Tanto Kinect como Táctil mantuvieron un nivel similar en cuanto a tiros fallados, obteniendo ambos una media de 1.36 (DE=1.151 y DE=1.008 respectivamente). Les sigue Wii siendo el que obtuvo una media de 1.86 (DE=1.099). De esta manera observamos que el dispositivo con el que los participantes fallaron más es el Wii. En tiros efectivos, el Kinect es

el segundo dispositivo con el que los participantes lograron acertar en el juego con una media de 0.79 (DE=0.426) y Táctil el dispositivo con el cual los adultos mayores encontraron una mayor dificultad para acertar en sus tiros logrando una media de 0.57 (DE=0.514). Por su parte, el Wii con una media de 0.64 (DE=0.497) en cuanto a tiros efectivos. El Xbox predominó como el dispositivo con mayoría en tiros efectivos y al Wii con la mayoría de tiros fallados.

En cuanto a tiempo de control, el Xbox facilitó a los participantes a tomarse un mayor tiempo para calcular movimientos y así lograr el control del juego, de tal manera que el participante invierte parte de ese tiempo en pensar cómo será su movimiento y aplicarlo. El Xbox permitió más tiempo (media=27476.56 milisegundos) para que el participante decida el momento de realizar la jugada (tiro), lo cual indica que el tiempo invertido proporciona una mayor probabilidad de acertar y obtener un tiro efectivo, puesto que con este dispositivo los participantes tuvieron un mejor desempeño.

Por lo tanto, se plantea que el tiempo de control influye directamente sobre el resultado del tiro, es decir, a mayor tiempo de control más tiros efectivos. Kinect y Wii tienen similitudes al compararlos, ambos no requieren de mucho tiempo de control y es por ello que se infiere que tienen más probabilidad de tiros fallados. Sin embargo es importante resaltar que fue el control para el Wii quien más tiros fallados obtuvo (media=1.86), a pesar de tener una media de 0.64 en tiros efectivos con un tiempo de control promedio de 11306.50 milisegundos, mientras que con Kinect se obtuvo una media de 13748.5 milisegundos. El dispositivo Táctil es el que menos tiempo registró para el tiempo de control del juego, 5014.86 milisegundos, y a su vez es el que menos tiros efectivos obtuvo logrando una media de 0.57.

En cuanto a tiros efectivos se muestra que cuando se compara el Xbox contra el Wii, Táctil y Kinect, las diferencias son significativas. Sin embargo, cuando se compara Kinect contra Táctil y Wii, no hay diferencias significativas, así como al comparar el Táctil y el Wii. Referente a tiros fallados, al comparar el Xbox contra Kinect, Táctil y Wii no se identifican diferencias significativas. De igual manera al comparar Kinect con Táctil y Wii no hay tales diferencias,

así como en el caso de Táctil y Wii. Finalmente en cuanto al tiempo de control, al realizar la comparación entre Xbox contra Kinect, Táctil y Wii se identifican diferencias significativas, pero al comparar Kinect con Táctil y Wii no se identificaron diferencias, así mismo entre Táctil y Wii.

Con esto, el estudio sugiere que los dispositivos de control de videojuegos para el adulto mayor deben adaptarse para compensar sus limitaciones funcionales, sensoriales y cognitivas. Por lo que se tiene que considerar que el tipo de control del videojuego debe facilitar un tiempo adecuado que permita al adulto mayor tomar decisiones para el logro de objetivos en el videojuego. En este sentido se puede señalar que el control para Xbox no demandó demasiada coordinación del cuerpo (sólo ojos y dedos de las manos). Este tipo de control lo consideraron fácil de utilizar porque tenían el control al nivel de sus ojos y les daba seguridad de que el videojuego respondía como ellos lo deseaban (dominio). También les fue más fácil controlar la palanca del control y los botones, pues consideraron que era muy accesible a los dedos de sus manos.

En cuanto a la pantalla táctil, se observó que les facilitó el momento para apuntar. Sin embargo no controlaron de manera adecuada el disparo, porque este tipo de control era muy sensible al movimiento de sus manos. Este tipo de control tiene la desventaja de que el brazo siempre tiene que estar levantado y provoca cansancio. Con respecto a Kinect, el juego requirió mayor coordinación de todo el cuerpo. El Kinect provoca cansancio pues el juego les demandó estar parados y con los brazos arriba de su cabeza. En cuanto al control Wii, para el adulto mayor fue difícil la coordinación de sus dedos con el movimiento de las manos, puesto que este tipo de control requiere mayor coordinación y tener buen pulso, ya que se utiliza con una mano y al mismo tiempo que se presiona un solo botón. Este tipo de control fue complicado sostener y apuntar para el adulto mayor.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados de los dos estudios presentados anteriormente proporcionan información que puede ofrecer una guía para que los desarrolladores diseñen nuevas formas

de interacción de videojuegos para los usuarios mayores. A continuación se presentan las guías de diseño agrupadas en: propósito del juego, tipo de juego, dispositivo de control, interfaz gráfica y notificaciones o realimentación.

Propósito del juego:

Es importante considerar las preferencias de actividad de ocio del adulto mayor para determinar la temática y propuesta del videojuego.

El videojuego debe permitir conocer, aprender y disfrutar el tema que se maneje.

El videojuego debe estimular el conocimiento de un tema en particular.

Es importante que el usuario de este juego pueda poner en práctica su experiencia para lograr completar las actividades y que además la motive a aprender.

En la medida de lo posible, se sugiere que en el ambiente se puedan crear historias que involucre a sus familiares o seres queridos como parte del escenario, y que los adultos mayores puedan tratar las actividades con base en las solicitudes que le hagan los terceros.

Se recomienda que cuando se requiera actividad colaborativa, los participantes trabajen juntos hacia el mismo objetivo de la misma actividad, de tal manera que puedan estar interactuando para lograr cumplir con objetivos específicos del juego.

Es prioridad que se eviten juegos que emitan riesgos o amenazas como los juegos de agresión física.

Tipo de videojuego:

Crear espacios donde el adulto mayor pueda realizar la actividad de ocio seleccionada para el videojuego.

Si va dirigido a mujeres, se sugiere que el videojuego demande actividades en solitario.

Si el juego va dirigido a un hombre, se sugiere sean juegos donde se involucren actividades relacionadas con el deporte. Es importante que la actividad demande menos intensidad en los movimientos al adulto mayor, en comparación a un joven o un niño.

Es necesario que las actividades se basen en ejercicio físico, agilidad mental, geometría y clasificación de jugadas.

Si es adulto mayor hombre, se sugiere que sus actividades en el videojuego sean colaborativas con otro compañero (niño o adulto). Se recomienda que el videojuego promueva la interacción activa.

Es importante que el ambiente sea de entretenimiento activo, conversacional, estimular la actividad física y que no se demande conocimientos que compliquen la participación en el juego.

Dispositivo de control:

Se recomienda que si se utilizan componentes tangibles, éstos sean ergonómicos y resistentes para contrarrestar los descuidos.

Se sugiere que el dispositivo de control del videojuego se adapte a las limitaciones funcionales, sensoriales y cognitivas.

Permitir un tiempo adecuado para tomar decisiones con el control.

El control debe ser accesible a las manos del adulto mayor.

Debe brindar la facilidad para apuntar o señalar. Se sugiere que el control no sea excesivamente sensible.

Si se requiere de coordinación de diferentes partes del cuerpo, se sugiere que el control se adapte a las limitaciones de las partes del cuerpo implicadas.

Interfaz gráfica:

Se recomienda soporte para entornos espaciales en tres dimensiones el cual contenga sonidos que ayuden a generar el ambiente típico de la actividad de ocio seleccionada.

La interacción con el videojuego debe ser lo más sencillo posible mediante el uso de indicaciones simples, con letras grandes y sobre todo que las indicaciones puedan darse también mediante voz.

En la medida de lo posible se recomienda ampliamente incluir fotos u objetos que le ayuden a recordar a sus fami-

liars o seres queridos que le cause ese gusto por terminar la actividad.

Es crucial el manejo de colores lo más reales posibles a lo que representan los objetos en la vida real. Adaptar el tamaño de los objetos en pantalla, manejar diferentes niveles de rapidez de los movimientos y un sonido apropiado.

Lo ideal es que el ambiente sea relajado, permita el entretenimiento activo, conversacional, que promueva la estimulación de la actividad física y que no se necesite un conocimiento profundo respecto a los temas utilizados.

Es importante para que el adulto interactúe más “cómodo”, que la pantalla donde se muestre el juego sea amplia, para que las imágenes e indicaciones visuales sean de tamaños grandes.

Se sugiere que durante el juego puedan generarse jugadas lo más apegadas a la realidad y motive a los usuarios a recordar movimientos que generen jugadas especiales.

La interfaz debe mostrar de manera fácil pistas que minimicen la carga del uso de las funciones del juego y además ayude a trabajar las funciones motrices o neuronales en el jugador.

Se requiere que los botones o menús de selección sean de gran tamaño.

El diseño en general debe estar basado en pantallas grandes para que puedan ser utilizados en espacios amplios con iluminación duradera, para que puedan mostrar información fácil de leer para el adulto mayor.

Evitar ambientes que emitan evaluaciones de su habilidad que provoquen la frustración del adulto mayor.

También será importante considerar que las actividades realizadas en la interfaz se guarden y se puedan continuar en otro momento.

Almacenar datos que evalúen el comportamiento y avance de los usuarios de manera transparente al usuario.

Notificaciones o realimentación:

Se debe ofrecer ayuda en forma de pistas para llevar a buen término el fin de la actividad.

Se recomienda que las actividades realizadas puedan ser adicionalmente supervisadas por algún tercero (hijos, nietos, hermanos, etc.), el cual le ayude a realimentar el logro obtenido.

Se debe brindar espacio virtual que pueda ser accedido de manera remota por un tercero.

Se recomiendan proveer mecanismos adecuados que le permitan al adulto mayor agregar de manera fácil a sus seres queridos o amigos a las actividades del videojuego.

Es importante el resguardo de la información del comportamiento del adulto mayor frente al videojuego. Esto con el fin de que un tercero pueda realimentarlo o apoyarlo para que supere los distintas actividades del videojuego.

Aun cuando se sugiere que las actividades de las mujeres en el videojuego sean en solitario, se recomienda que tenga en algún momento realimentación de un tercero.

Se sugiere que si el juego realiza una evaluación, esta sea enviada a un tercero (cuidador) automáticamente y no directamente al usuario.

Es importante también que las indicaciones para el adulto mayor se presenten de manera pausada, ya sean expresados en sonidos o textos.

Se debe evitar que el adulto mayor se sienta abatido en la actividad.

Con lo anterior, se concluye que es importante asegurar que el adulto mayor esté dispuesto a usar su tiempo y energía en el uso de videojuegos, por lo que se sugieren estudios más a fondo para entender de mejor manera las motivaciones y necesidades de los adultos mayores para jugar. El uso de metodologías más creativas y centradas en el usuario, ayudarán a entender qué es lo que quieren, lo que necesitan y cómo pueden utilizar mejor las nuevas tecnologías.

Con este trabajo es posible notar que es posible que un adulto mayor puede aprovechar su tiempo de ocio jugando videojuegos en compañía de un niño. Además un hallazgo importante es que durante el desarrollo del estudio los adultos mayores y los niños interactuaban y a su vez como se enganchaban, a pesar de no tener práctica en estas tipo de

tecnologías. Esto pudo haber sido porque los adultos principalmente consideran que no son muy usuales para ellos.

También se pudo notar que los adultos mayores se mostraban muy interesados en conocer el manejo del videojuego, y también mostraron en mayor medida el entusiasmo de convivir y pasar un momento agradable relacionándose con otras personas. Por lo que se obtuvo evidencia referente a que el adulto mayor puede interactuar con los videojuegos y que fue algo que les causó emoción e interés por aprender, superando sus propios miedos a conocer cosas nuevas.

Como continuación de este trabajo se propone realizar una evaluación para confirmar o refinar las guías de diseño propuestas con desarrolladores de videojuegos. A su vez sería interesante evaluar videojuegos desarrollados con base en las recomendaciones de las guías de diseño propuestas.

REFERENCIAS

- Fisk, A., Rogers, W., Charness, N., Czaja, S. & Sharti, J. (2004). *Designing for older adults: Principles and creative human factors a roaches*. Boca Raton, FL: CRC.
- Goldstein, J., Cajko, L., Oosterbroek, M., Michielsen, M., Van Houten, O. & Salverda, F. (1997). Video games and the elderly. *Social Behavior and Personality*, 25, 345-352.
- Hwang, M., Hong, J., Hao, Y. & Jong, J. (2011). Elders' usability, dependability, and flow experiences on embodied interactive video games. *Educational Gerontology*, 37, 715-731.
- Ijsselsteijn, W., Nap, H., Kort, Y. & Poels, K. (2007). "Digital game design for elderly users". En *Proceedings of the 2007 conference on Future Play*, Toronto, Canada.
- Kaufman, D., Sauv e, L., Renaud, L., Sixsmith, A., & Mortenson, B. (2016). Older Adults' Digital Gameplay. *Simulation & Gaming*, 47(4), 465-489. doi:10.1177/1046878116645736
- Lehtinen, V., N as anen, J. & Sarvas, R. (2009). "A little silly and empty-headed: older adults understandings of social networking sites". En *Proceedings of the 23rd British HCI Group Annual Conference on People and Computers: Celebrating People and Technology*, Cambridge, United Kingdom.
- Rice, M. & Carmichael, A. (2007). Effective requirements gathering for older adults. *SIGACCESS Access. Comput.*, 15-18.
- Rute-Pérez, S., Santiago-Ramajo, S., Hurtado, M., Rodríguez-F ortiz, M. & Caracuel, A. . (2014). Challenges in software applications for the cognitive evaluation and stimulation of the elderly. *Journal of Neuroengineering and Rehabilitation*, 11, 1-10.
- Schutter, B. & Abeele, V. (2010) "Designing meaningful play within the psycho-social context of older adults. En *Proceedings of the 3rd International Conference on Fun and Games*, Leuven, Belgium.
- Simon, R. (2009). *The fictions, facts and future of older people and technology*. UK: London: International Longevity Centre.
- Studio Control Freak (2011). HappySky, from <https://www.facebook.com/ControlFreakStudio/info>.
- Turner, J. & Bidwell, N. (2007). Through the looking glass: game worlds as representations and views from elsewhere. En *Proceedings of the 4th Australasian conference on Interactive entertainment*. M. Gibbs y Y. Pisan (Eds.). RMIT University, Melbourne, Australia.
- Wollersheim, D., Merkes, M., Shields, N., Liamputtong, P., Wallis, L., Reynolds, F. & Koh, L. (2010). Physical and psychosocial effects of Wii video game use among older women. *International Journal of Emerging Technologies and Society*, 8(2), 85-98.

APOYO SOCIAL, CALIDAD DE LA RELACIÓN Y PROACTIVIDAD EN EL BIENESTAR DE CUIDADORES INFORMALES DE ADULTOS MAYORES DEL SUR DE SONORA

Miriam del Carmen Valenzuela Vázquez
Teresa Iveth Sotelo Quiñonez
Rogelio Couvillier Ybarra
Santa Magdalena Mercado Ibarra
Instituto Tecnológico de Sonora

RESUMEN

El cuidado es fundamental en la vida de los seres humanos, su finalidad es brindar los recursos necesarios para sobrevivir a los miembros dependientes de la familia, como hijos, enfermos, adultos mayores. El cuidado se define como: “una acción social cuyo fin es proporcionar los medios de subsistencia al receptor del cuidado, para lo cual se transforman recursos materiales y simbólicos que vienen a satisfacer las necesidades de subsistencia, y al igual que cualquier trabajo el cuidado implica un gasto de tiempo y energía” (Robles, 2007; p. 24). El cuidado es una labor que ha pertenecido históricamente a la familia. Sin embargo, en la actualidad los recientes cambios económicos, demográficos, sociales, culturales y familiares, han propiciado que el cuidado ya no sea sólo un asunto familiar, sino un problema social que requiere ser estudiado. El objetivo de este estudio fue conocer la relación entre el apoyo social, calidad de la relación y proactividad con el bienestar de cuidadores informales de adultos mayores del sur de Sonora. Estudio de tipo cuantitativo, con un diseño no experimental de tipo trasversal correlacional, con un total de 114 cuidadores familiares de adultos mayores. Los principales resultados obtenidos fueron que todas las variables integradas en el análisis de correlación bivariada de Spearman tienen una asociación positiva, pero con puntuaciones bajas y moderadas con el bienestar subjetivo. Los tipos de apoyo social que tienen una relación moderada, positiva y significativa con el bienestar subjetivo de los cuidadores son: el apoyo moral ($r=450^{**}$) y económico ($r=.329^{**}$), la puntuación baja, positiva y sin significancia estadística ($r=.118$) es la del apoyo de orientación.

Mientras que en la calidad de la relación tiene una correlación moderada, positiva y significativa (.300*).

Palabras clave: cuidadores, bienestar subjetivo, adulto mayor.

INTRODUCCIÓN

Uno de los cambios demográficos que se torna importante para el tema del cuidado es la transición demográfica hacia el envejecimiento de la población mundial. En México esta tendencia es gradual y reciente. Los efectos a gran escala se estiman en años venideros al contemplar que para el año 2050, 1 de cada 4 habitantes será adulto mayor según el Consejo Nacional de la Población (CONAPO, 2016). El incremento del grupo etario de más de 60 años se atribuye a la disminución de niveles de mortalidad y fecundidad, así como al aumento de la probabilidad de sobrevivir a una edad cada vez más avanzada (González, 2013). La esperanza de vida, según estimaciones, se ha incrementado 15 años en cuatro décadas y se espera que para 2050 aumente 7 años más (CONAPO, 2016).

Este hecho ha establecido una transición epidemiológica, en la que predominan las enfermedades crónicas no transmisibles, que según la Organización Mundial de la Salud (OMS), para el año 2020, serán la principal causa de discapacidad. Lo que las vuelve un desafío en la prestación de servicios de salud debido al aumento de la dependencia principalmente en el grupo etario de más de 60 años (OMS, 2017).

El estudio del bienestar de los adultos mayores requiere que se consideren aspectos de salud, sociales y económicos al igual que tener en cuenta la red social y familiar en la que se desenvuelve, un hecho a considerar en la etapa del adulto mayor es sus limitaciones por el deterioro cognitivo y su capacidad funcional, estos cambios más las enfermedades crónicas limitan la realización de actividades habituales de la vida diaria por lo cual surge la necesidad de una persona que se encargue de los cuidados requeridos. En la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM), se reveló que el 24% de los adultos mayores

mexicanos son dependientes en actividades de la vida diaria y 23% en las actividades instrumentales (Barrantes-Monge, García-Mayo, Gutiérrez-Robledo & Miguel-Jaimes, 2007).

Ante este panorama, la necesidad de personas que se hagan cargo del cuidado será cada vez mayor, surgiendo la nombrada crisis del cuidado (Galvis y Cerquera, 2016) que se caracteriza por un mayor número de adultos mayores dependientes, en situación de pobreza, desigualdad social, con una menor proporción de personas en condiciones de brindarles cuidado (Espejo, Filgueira & Rico, 2010). Las familias tienen que reorganizar el uso de su tiempo, dividirlo en actividades laborales, domésticas y de cuidado esto según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2009). Esta situación lleva a los familiares cuidadores de adultos mayores a sobrecargarse de tareas; por consecuencia, su bienestar físico y mental se ve afectado (Domínguez-Gueda, 2005; Fisher, 2006; MacDonald, 2006; Herbert, Dang & Schulz, 2007; Schulz & Sherwood, 2008).

Las múltiples demandas del cuidado dificultan que el cuidador familiar se adapte, por lo que se requiere de servicios especializados para su protección y pleno bienestar. Pero al no contemplar a los cuidadores familiares como un grupo vulnerable o en desventaja por la legislación mexicana, provoca que carezcan del apoyo del gobierno federal y estatal para el fomento de acciones gubernamentales dirigidas a mantener su bienestar.

En cambio, en otros países, la tendencia a enfrentar la problemática del cuidado es distinta, por ejemplo, el estudio realizado por la (OMS, 2017) hizo un análisis de las principales necesidades del cuidador informal a largo plazo, también de los distintos tipos de asistencia que los gobiernos han proporcionado a los cuidadores informales y la eficacia de estos apoyos. Los tipos de ayuda otorgados por los gobiernos que más se refieren son: la educación, la capacitación y asesoramiento de las familias, el cuidado de relevo, garantizar una licencia sin sueldo, si tienen que cuidar a familiares enfermos y diversas formas de ayuda financiera directa (Brodsky, Habib & Hirschfeld, 2003).

En otros países la problemática del cuidador ya ha sido atendida, no es ignorada como un problema social, pues

existen diversas formas de políticas públicas dirigidas a su atención. En cambio en México, el problema parece invisible ante la sociedad y el gobierno; el cuidador familiar de adultos se encuentra sobrecargado, con dificultades económicas, con pocos recursos de apoyo social formal e informal y con bajos niveles de bienestar físico y mental.

En la academia mexicana si existen esfuerzos por evidenciar la problemática del cuidado, un ejemplo son las investigaciones sobre el bienestar y la sobrecarga de los cuidadores informales (Cardona, Segura, Berbesi & Agudelo, 2011; Carreño & Chaparro, 2016; Cerquera & Pabón, 2016; Eterovic, Mendoza & Sáez, 2015; Montero, Jurado & Méndez, 2015; Peña, Álvarez & Melero, 2016) y factores asociados. Una de las variables relacionadas con el estudio del bienestar del cuidador es el apoyo social (Casanova, Rascón, Alcántara y Soriano, 2014; Domínguez, 2013; Reid, Stajduhar & Chappell, 2010) que es definido por Lin y Ensel (1989) como “el proceso de percepción o recepción a través del cual los recursos de la estructura social permiten satisfacer necesidades, sean instrumentales y/o de expresión, en situaciones cotidianas o de crisis”. También existe evidencia de variables de tipo familiar como el vínculo entre el cuidador con el receptor de cuidados.

Las investigaciones relacionadas con el análisis de vínculos afectivos o familiares entre el cuidador y el adulto mayor reportan que, controlando el tiempo de cuidado, ayudar a un ser querido con discapacidad está asociado a un mayor bienestar (Poulin & Silver, 2008) Por otro lado, el estudio de Rankin (1990) compara a un grupo de cuidadoras esposas y otro de cuidadoras hijas, midiendo la interrelación entre el cuidador y el receptor relacionada con el nivel de estrés del cuidador. En sus resultados refiere que las cuidadoras esposas atribuían su estrés a falta de recursos personales para el cuidado y las hijas a las actividades externas al cuidado. Esto evidencia que el tipo de interrelación entre el cuidado y cuidador, además del tipo de vínculo, tiene un efecto distinto en el estrés del cuidador.

Otro estudio relacionado con el tipo de vínculo entre cuidado y cuidador es el de Spaid y Barusch (1994), que investigan la cercanía emocional asociada con la sobrecarga del

cuidador; refieren contradictoriamente al estudio de (Poulin & Silver, 2008) la cercanía emocional explica el 40% de la sobrecarga de las cuidadoras adultas mayores. Los datos obtenidos en los pocos estudios que existen hacen ver que no sólo se requiere exploración de las variables de tipo familiar en la problemática del cuidador familiar, sino también es necesario conocer con claridad y consistencia qué tipo de relación tiene el vínculo afectivo o familiar con el bienestar del cuidador.

También existen investigaciones que evalúan los recursos personales que median los efectos negativos del cuidado, por ejemplo, el afrontamiento (Bascuñán, Horwitz, Schiattino, Acuña & Jiménez, 2011) debido a que las estrategias de afrontamiento se utilizan constantemente en los estudios sobre estrés, y se entiende como “el proceso a través del cual el individuo maneja las demandas de la relación individuo-ambiente que evalúa como estresantes y las emociones que ello le genera” (Lazarus & Folkman, 1984; p. 44).

La teoría cognitiva afirma que el cuidador familiar de adultos mayores no está a merced de los múltiples estímulos del contexto: él realiza una evaluación de los estímulos estresantes del ambiente y de los recursos que posee para hacerles frente; de ahí puede surgir la adaptación o el estrés ante los distintos eventos del contexto (Haley & cols., 1987; Domínguez-Guedea, 2005).

Es por todo lo anterior, que el objetivo de este estudio es conocer la relación entre el apoyo social, calidad de la relación y proactividad con el bienestar de cuidadores informales de adultos mayores del sur de Sonora. Es fundamental para proponer estrategias de intervención adecuadas a sus necesidades, es ahí donde radica la importancia del presente estudio.

MÉTODO

Estudio de tipo cuantitativo, con un diseño no experimental de tipo trasversal correlacional, con un total de 114 cuidadores familiares de adultos mayores del sur del estado de Sonora, seleccionados de manera no probabilística, de los cuales el 82.5% fueron mujeres y el 17.5% hombres, las eda-

des oscilaban entre 15 y 84 años, con una edad promedio de 44.47 años, 62.3 % eran hijos (Ver Tabla 1).

Los criterios de inclusión de los participantes fueron los siguientes: ser familiar del adulto mayor, vivir con el adulto mayor, o bien visitarlo al menos dos veces por semana y para ser considerado como cuidador, el participante tenía que ser responsable de proveer asistencia al adulto mayor al menos en dos de las actividades básicas de la vida diaria o instrumentales, enlistadas en el índice de dependencia funcional descrito en el apartado de instrumentos. El criterio de exclusión fue que el cuidador no completara el 80% o más de los reactivos del conjunto de los instrumentos.

Tabla 1
Datos atributivos

Datos atributivos		%
Parentesco	Pareja	9.6
	Hermano/a	5.3
	Hijo/a	62.3

Tabla 1 (continuación).
Datos atributivos

Datos atributivos		%
	Nieto/a	14.9
	Nuera	1.8
	Sobrino/a	4.4
Vive con el adulto mayor	Si	58.4
	No	41.6
Trabajo remunerado	Si	53.1
	No	46.9
Estado de salud	Malo	10.6
	Regular	34.5
	Bueno	37.2
	Excelente	17.7
Alguien le ayuda	Si	31
	No	69
Cuida o ha cuidado a otro	Si	21.6
	No	76.6

Elaboración propia. n=114

INSTRUMENTOS

Escala de Bienestar Subjetivo. Desarrollada y validada por Domínguez-Guedea (2005) en Brasil en cuidadores familiares de adultos mayores, y adaptada en Hermosillo Sonora en año 2013 en cuidadores familiares de adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo 2 (Domínguez-Guedea, González-Montesinos, Domínguez-Guedea, Ocejo, Chávez-Romero, Valencia-Maldonado & Rivera-Sander, 2013), son 13 reactivos (cargas factoriales $>.51$), y explican el 40% de varianza del constructo bienestar subjetivo. Los factores son: (a) las satisfacciones materiales (6 reactivos con un alfa de Cronbach = .92), (b) los afectos positivos (3 reactivos, alfa de Cronbach = .83) y (c) los afectos negativos (4 reactivos, alfa de Cronbach = .80).

Escala de Apoyo Social de cuidadores de adultos mayores. Validada por Domínguez-Guedea (2013) en México en población de cuidadores familiares de adultos mayores, está conformada por 18 reactivos (cargas factoriales $>.67$), que explican el 71% de la varianza del constructo de apoyo social. Los cuatro factores son: apoyo social emocional (5 reactivos, alfa de Cronbach = .87), apoyo social de orientación (4 reactivos, alfa de Cronbach = .85), apoyo social económico (4 reactivos, alfa de Cronbach = 93%) y apoyo social práctico (5 reactivos, alfa de Cronbach = .84).

Inventario de enfrentamiento proactivo. Creado por Greenglass (1998), para fines de este estudio se adaptó la subescala de afrontamiento proactivo traducido al español por Gutiérrez-Doña, Greenglass y Schwatzer (2002), esta subescala cuenta con 16 reactivos con un alfa de Cronbach=.84), un ejemplo es: “Cuando tuve un problema o situación yo: Lo resolví, y busqué retos más grandes.” Las opciones de respuesta son cuatro de menor a mayor frecuencia 0 (Nunca), 1(Pocas veces), 3 (muchas veces), 4 (siempre).

La calidad de la relación. Para fines de este estudio se retomó la subescala de calidad de la relación madre/padre traducida por Figueredo y Gaxiola (2007). La subescala tiene 13 reactivos (¿Cuánto amor y afecto le demostraba?) con 4 opciones de respuesta de menor a mayor intensidad: 0 (Nada), 1 (Poco), 2 (Ni poco, ni mucho), 3 (Mucho), un alfa de Chronbach de .85.

Índice de dependencia funcional. Es una lista de chequeo compuesto por dos índices de valoración geriátrica, cuyas versiones originales fueron modificadas por Domínguez-Guedea (2005, 2006, 2008). Los índices son el Barthel Index, original de Mahoney y Barthel (1965) y el Instrumental Activities of Daily Living Scale (Lawton & Brody, 1969) que en conjunto refieren 20 actividades instrumentales y de la vida cotidiana en las cuales el adulto mayor podría necesitar ayuda.

PROCEDIMIENTO

Inicialmente se identificó a los cuidadores familiares de adultos mayores, posteriormente se programaron visitas domiciliarias para realizar la aplicación de los instrumentos, se inició el primer contacto con los cuidadores a los que se les pedía participar en el estudio, se explicaban los objetivos y se pedía participar de forma voluntaria, mediante un consentimiento informado. Las entrevistas que se realizaron tuvieron como duración aproximada 30 minutos. Posteriormente se aplicó el cuestionario de datos socio-demográficos, las Escalas de Bienestar Subjetivo, Apoyo Social, Calidad de la Relación y el Índice de Proactividad fueron respondidos de manera autoadministrada por los cuidadores que así lo prefirieron, y, en algunos casos, fueron asistidos por el entrevistador por decisión propia del participante. Posteriormente se introdujo la información a la base de datos utilizando el programa SPSS 21 para la extracción de resultados.

RESULTADOS

Se aprecia en el análisis de asimetría y curtosis indican que la distribución de las variables no cumple con el criterio de normalidad y se confirmó mediante la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov. Para cumplir con el objetivo del estudio se utilizó el análisis de correlación no paramétrico de Spearman. (Ver tabla 2).

Resultados de Investigación en el Noroeste de México

Tabla 2
Media, desviación estándar, mínimo y máximo de las variables de estudio

Variables	Media	D.E	Mínimo	Máximo	Asimetría	Curto-sis
Bienestar subjetivo	58.26	12.83	25	81	-.322	-.708
Apoyo económico	14.16	5.6	5	25	.000	-.964
Apoyo práctico	19.5	6.5	7	32	-.199	-.776
Apoyo moral	18.5	4.7	5	25	-.569	-.317
Apoyo orientación	14.11	4.6	5	25	-.223	-.585
Calidad de la relación	15.31	3.6	6	20	-.460	-.626
Proactividad	47.7	6.5	30	68	.362	.855

Todas las variables integradas en el análisis de correlación bivariada de Sperman tienen una asociación positiva, pero con puntuaciones bajas y moderadas con el bienestar subjetivo. Los tipos de apoyo social que tienen una relación moderada, positiva y significativa con el bienestar subjetivo de los cuidadores son: el apoyo moral ($r=450^{**}$) y económico ($r=.329^{**}$), la puntuación baja, positiva y sin significancia estadística ($r=.118$) es la del apoyo de orientación. La calidad de la relación tiene una correlación moderada, positiva y significativa ($.300^{*}$) con el bienestar de los participantes. Por último el enfrentamiento proactivo y el bienestar se asocian

de manera positiva y significativa aunque la puntuación de la correlación es baja.

Tabla 3
Correlación de Spearman de las variables apoyo social, calidad de la relación y proactividad en el bienestar.

Variables	1	2	3	4	5	6	7
1. Bienestar subjetivo	1						
2. Apoyo práctico	.226*	1					
3. Apoyo Económico	.329**	.402**	1				
4. Apoyo Moral	.450**	.411**	.399**	1			
5. Apoyo Orientación	.118	.235*	.166	.273**	1		
6. Calidad de la relación	.300*	.138	.182	.214*	.116	1	
7. Proactividad	.260*	.175	.178	.198*	.378**	.225*	1

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

De los resultados se puede inferir que existe una relación entre el apoyo y el bienestar subjetivo de los cuidadores de adultos mayores, específicamente el apoyo social de tipo moral, dato que es congruente con los estudios de Domínguez (2013); Schneider, Rocha, Calderón & Pizzinato, (2016) y Contreras, Jara & Manriquez (2016). Este hallazgo podría atribuirse a la carga emocional que implica el cuidado y el alivio que siente el cuidador cuando dispone de alguna persona para que lo escuche o aliente.

El apoyo económico es otro de los indicadores asociado al bienestar del cuidador con una puntuación moderada y significativa, este resultado tiene evidencia en el estudio de Pabón, Galvis & Cerquera (2014) y puede explicarse por las características del contexto socioeconómico de los participantes. El apoyo social de tipo práctico se asocia de manera positiva y significativa con el bienestar pero con una puntuación baja, lo que contradice al estudio realizado por Vera, Sotelo & Domínguez (2005), podría decirse que no es el nivel de dependencia del adulto mayor lo que más estresa a los cuidadores si no la percepción de los recursos con los que ellos cuentan para hacer frente al cuidado, cómo lo dice la teórica cognitiva del estrés (Haley & cols., 1987; Domínguez-Guedea, 2005). Por último, el tipo de apoyo que

tiene una puntuación baja y no significativa con el bienestar subjetivo es el de orientación como lo encontrado en Vega (2011).

La correlación entre el bienestar subjetivo y la calidad de la relación es moderada, positiva y significativa. Se deduce que para esta muestra el vínculo o el tipo de relación que existía entre el cuidador y receptor de cuidado antes de que este último necesitara del apoyo podría afectar el bienestar del proveedor de cuidado, estos resultados son similares a los encontrados por Fonseca (2009). Por último, la forma en que el cuidador enfrenta esta condición puede asociarse también con su bienestar, sobre todo si lo hace de forma proactiva o resolutoria como lo afirman el estudio de Bascuñán, Horwitz, Schiattino, Acuña & Jiménez (2011).

En conclusión, el bienestar de los cuidadores familiares de adultos mayores, depende de múltiples factores y, sin embargo, se observa en diversos hallazgos que los cuidadores de adultos mayores mexicanos (Pabón, Galvis & Cerquera, 2014) requieren de apoyo formal e informal para su bienestar. Se encuentran probablemente sobrecargados, con necesidades económicas apremiantes, estos resultados evidencian la vulnerabilidad social en la que se encuentran, así como la carencia de programas y políticas públicas como la que existen en otros países. Los cuidadores podrían beneficiarse de la habilidad para enfrentar las demandas del cuidado, así como de las estrategias para mejorar la relación con el receptor de cuidado, sin embargo, los recursos de apoyo social formal e informal podrían jugar un papel importante en su bienestar.

Se sugiere que, en cuanto a los instrumentos de medida, es recomendable realizar para la validez de constructos además del análisis factorial exploratorio y el alfa de Cronbach agregar análisis del factorial confirmatorio. En cuanto a la muestra, es necesario aumentar el tamaño para favorecer la variabilidad y la normalidad de los datos, así como su generalización. Utilizar un diseño longitudinal que de pauta para responder hipótesis de relación causa y efecto. Para el análisis de los datos usar pruebas estadísticas que den respuesta a hipótesis causales.

REFERENCIAS

- Barrantes-Monge, M., García-Mayo, E., Gutiérrez-Robledo, L. & Miguel-Jaimes, A. (2007). Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. *Salud Pública de México*, 49, 459-466.
- Bascuñán, M., Horwitz, N., Schiattino, I., Acuña, J. & Jimenez, J. P. (2011). Percepción de cambios en la práctica médica y estrategias de afrontamiento. *Revista Médica de Chile*, 139, 1305-1312. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872011001000009>.
- Brodsky, J, Habib, J, & Hirschfeld, M. (Ed.). (2003). Key policy issues in long-term care. Switzerland: World Health Organization.
- Cardona, D., Segura, A., Berbesí, D., Ordoñez, J & Agudelo, A. (2011). Características demográficas y sociales del cuidador en adultos mayores. *Investigaciones Andina*, 13(22) 178-193. Colombia.
- Carreño, M. & Chaparro, D. (2016). Calidad de vida de los cuidadores de personas con enfermedad crónica. *Aquichan*, 16(4), 447-461. doi:10.5294/aqui.2016.16.4.4
- Casanova-Rodas, L., Rascón-Gasca, M. L., Alcántara-Chabelas, H. & Soriano-Rodríguez, A. (2014). Apoyo social y funcionalidad familiar en personas con trastorno mental. (Spanish). *Salud Mental*, 37(5), 443-448.
- Cerquera, C. & Pabón, P. (2016). Resiliencia y variables asociadas en cuidadores informales de pacientes con Alzheimer. *Revista Colombiana de Psicología*, 25(1), 33-46. doi: 10.15446/rcp.v25n1.44558.
- CONAPO. (2016). *La situación demográfica en México* (1ra. Ed.). México: UNFPA. Recuperado de: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/La_situacion_demografica_de_Mexico_2006
- Contreras-García, Y., Jara-Riquelme, V. & Manríquez-Vidal, C. (2016). Descripción de niveles de ansiedad, desesperanza y autoestima en un grupo de mujeres chilenas con diagnóstico de infertilidad primaria: un estudio piloto. *Revista Colombiana De Obstetricia Y Ginecología*, 67(1), 50-60. doi:10.18597/rcog.372
- Domínguez, G., Mandujano, J., Quintero, G., Sotelo, Q., Gaxiola, R & Valencia, M. (2013). Escala de Apoyo Social para cuidadores familiares de adultos mayores mexicanos. (Spanish). *Universitas Psychologica*, 12(2), 391-402. doi:10.11144/Javeriana.UPSY12-2.easc
- Domínguez-Guedea, M. (2005). Modelo de estrés y bienestar subjetivo en cuidadores familiares de adultos mayores dependientes

- funcionales. Tesis de doctorado, no publicada. Universidad de Brasilia, Brasil.
- Domínguez-Guedea, M. (2008). Evaluación de un modelo estructural de bienestar subjetivo en cuidadores familiares de adultos mayores. (Proyecto 99094), financiado por el Fondo Sectorial para la Educación SEP-CONACYT. Manuscrito no publicado, Consejo Nacional de Ciencias y Tecnología, México.
- Espejo, A., Filgueira, F., & Rico, N. (2010). Familias latinoamericanas: organización del trabajo no remunerado y de cuidado. Documento de proyecto. CEPAL. Recuperado de <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/6/42586/ssc-61-familias-latinoamericanas-feb-2011.pdf>
- Eterovic, D., Mendoza, P. & Sáez, C. (2015). Habilidad de cuidado y nivel de sobrecarga en cuidadoras/es informales de personas dependientes. *Enfermería Global*, 14(38), 235-248.
- Figueredo, A. J., & Gaxiola, R. J. (2007). The Arizona-Sonora Life History Battery [Electronic Version]. <http://www.u.arizona.edu/~ajf/alhb.html>.
- Fisher, L. (2006). Research on the family and chronic disease among adults: major trends and directions. *Families, Systems & Health*, 24, 373-380.
- Fonseca, K. M. (2009). Necesidades de apoyo que tienen los cuidadores de personas en situación de discapacidad por parte de las redes sociales institucionales de la localidad de Fontibón. Trabajo de grado. Bogotá: Facultad de Enfermería, Pontificia Universidad Javeriana.
- Galvis, M. J. & Cerquera, C. (2016). Relación entre depresión y sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo alzhéimer. *Psicología Desde El Caribe*, 33(2), 190-205. doi:10.14482/psdc.33.2.6307.
- González Cáceres, J. A. (2013). Propuesta de un Registro Nacional Automatizado de Demencias en Cuba. (Spanish). *Revista Cubana De Salud Pública*, 39(2), 354-372.
- Greenglass, E. (1998). The Proactive Coping Inventory (PCI). In R. Schwarzer (Ed.), *Advances in health psychology research* (Vols. CD-ROM). Berlin: Free University of Berlin.
- Gutiérrez-Doña B, Greenglass E y Schwarzer R (2002) Inventario de Afrontamiento Proactivo [The Proactive Coping Inventory (PCI): Spanish Version]
- Haley, W.E., Levine, E.G., Brown, S.L. & Bartolucci, A.A. (1987). Stress, appraisal, coping, and social support as predictors of adaptational outcome among dementia caregivers.
- Hebert, R., Dang, Q. & Schulz, R. (2007). Religious beliefs and practices are associate with better mental health in family caragiv-

- ers of patients with dementia: finding from the reach o study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 292-300
- INEGI (2009). Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo (ENUT). Recuperado a partir de <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/especiales/enut/2009/>
- Lawton, M. P. y Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: Self-maintenance instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9, 179-186.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company
- Lin, N. & Ensel, W. (1989). Life stress and health: Stressors and resources. *American Sociological Review*, 54(3), 382-399.
- Lin, N. y Ensel, W. M. (1989). Life stress and health: stressors and resources. *American Sociological Review*, 54, 382-399.
- MacDonald, K. (2006). Family and staff perceptions of the impact of the long-term care environment on leisure. *Topics in geriatric-rehabilitation*, 22, 294-308.
- Mahoney, F. I. y Barthel, D. (1965). Functional evaluación: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 56-61.
- Montero Pardo, X., Jurado Cárdenas, S. & Méndez Venegas, J. (2015). Variables que predicen la aparición de sobrecarga en cuidadores primarios informales de niños con cáncer. (Spanish). *Psicooncología*, 12(1), 67-86. doi:10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n1.48905
- OMS. (2017). Enfermedades no transmisibles. Recuperado a partir de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
- Pabón, D., Galvis, J. & Cerquera, A. (2014). Diferencias en el apoyo social percibido entre cuidadores informales y formales de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Psicología Desde El Caribe*, 31(1), 59-78.
- Peña, I., Álvarez, R. & Melero, M. (2016). Sobrecarga del cuidador informal de pacientes inmobilizados en una zona de salud urbana. *Enfermería Global*, 15(43), 100-111.
- Poulin, M., Silver, R. (2008). Las creencias y el bienestar de la benevolencia mundial a lo largo de la vida. *Psicología y envejecimiento*; 23 : 13-23.
- Psychology and Aging*, 2, 323-330.
- Rankin, E. D. (1990) Caregiver Stress and the Elderly: A Familial Perspective. *Journal of Gerontological Social Work*, 15, 57-73.
- Reid, R. C., Stajduhar, K. I. & Chappell, N. L. (2010). The Impact of Work Interferences on Family Caregiver Outcomes. *Journal of Applied Gerontology*, 29(3), 267-289. doi: 10.1177/0733464809339591

- Robles, L. (2007). La invisibilidad del cuidado da los enfermos crónicos. Un estudio cualitativo en el barrio de Oblatos. México: Universitaria.
- Schneider Hermel, J., Rocha, K. B., Calderón Uribe, M. & Pizzinato, A. (2016). El autocuidado y apoyo social de mujeres de un proyecto de seguimiento mamográfico en Porto Alegre/Brasil. *Psicooncología*, 13(1), 39-58. doi:10.5209/rev_PSIC.2016.v13.n1.52486.
- Schulz, R. & Sherwood (2008). Physical and mental health effects of family caregiving. Supporting family caregivers. *American Journal of Nursing*, 108, 23- 27.
- Spaid, W., and Barusch, A. S. (1994). The Importance of Relationship: Emotional Closeness and Caregiver Burden in the Marital Relationship. *Journal of Gerontological Social Work*, 21(3/4), 197-213
- Vega, O. (2011). Percepción del apoyo social funcional en cuidadores familiares de enfermos crónicos. (Spanish). *Aquichan*, 11(3), 274-286.
- Vera, J., Sotelo, T. & Domínguez, M. (2005). Bienestar subjetivo, enfrentamiento y redes de apoyo social en adultos mayores. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, pp. 57-78.



La presente edición se terminó de imprimir
en la Ciudad de México, durante el mes de diciembre
del 2018, en los talleres litotipográficos
de la casa editora,
La edición consta de 1000 ejemplares.











