

PRUEBA UACJ

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CIUDAD JUÁREZ

Juan Ignacio Camargo Nassar
Rector

Daniel Constandse Cortez
Secretario General

Alonso Morales Santos
Director del Instituto de Ciencias Sociales y Administración

Jesús Meza Vega
Director General de Comunicación Social

PRUEBA

UACJ

E X P E R I E N C I A S D E
**INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA
COMUNITARIA**

en contextos de salud, educación y violencia en el estado de Chihuahua

PRUEBA

UACJ

Leticia Ríos-Velasco Moreno
Beatriz Maldonado Santos
Sarah Margarita Chávez Valdez
(Coordinadoras)

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CIUDAD JUÁREZ

Experiencias de intervención psicológica comunitaria: en contextos de salud, educación y violencia en el estado de Chihuahua / Coordinadoras Leticia Ríos-Velasco Moreno, Beatriz Maldonado Santos, Sarah Margarita Chávez Valdez. — Primera edición.-- Ciudad Juárez, Chihuahua: Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, 2020.-- 136 páginas. ISBN:

Contenido: Introducción.-- Intervención en afrontamiento colectivo, manejo de miedo y cultura ciudadana para la prevención de la violencia / Sarah Margarita Chávez Valdez y Leticia Ríos-Velasco Moreno.-- Autoestima y ansiedad en familiares de adictos reclusos en un centro de sanación integral / Beatriz Maldonado Santos y Oscar Armando Esparza del Villar.-- Impacto de la capacitación en el Modelo Transteórico del Cambio para mejorar la calidad del desempeño de practicantes de nutrición en la clínica del Instituto de Ciencias Biomédicas de la UACJ / Graciela Cristina Avitia, Yolanda Loya Méndez, Verónica Portillo Reyes y Gilberto Reyes Leal.-- Programa de Inteligencia Emocional Plena en alumnos de primaria de Ciudad Juárez / Rocío García Hernández y Oscar Armando Esparza del Villar.-- **Depresión en pacientes con tuberculosis activa en tratamiento y su relación con políticas de salud mental en Ciudad Juárez, Chihuahua / Priscila Montañez Alvarado, Irene Carrillo Saucedo y Lucía Neret Quintana Moye.**-- Sobre los autores.

1. Intervención social y de salud – Análisis – Chihuahua, México.
2. Intervención social y de salud – Diagnóstico – Chihuahua, México.
3. Intervención social y de salud – Evaluación – Chihuahua, México.

LC -HMI027.M4 E96 2020

Experiencias de intervención psicológica comunitaria en contextos de salud, educación y violencia en el estado de Chihuahua
Leticia Ríos-Velasco Moreno, Beatriz Maldonado Santos, Sarah Margarita Chávez Valdez (coordinadoras)

Primera edición, 2020

© Leticia Ríos-Velasco Moreno, Beatriz Maldonado Santos, Sarah Margarita Chávez Valdez (coordinadoras)

© Universidad Autónoma de Ciudad Juárez,
Avenida Plutarco Elías Calles 1210,
Fovissste Chamizal, C.P. 32310
Ciudad Juárez, Chihuahua, México
Tel : +52 (656) 688 2100 al 09

ISBN: 978-607-520-378-2



La edición, diseño y producción editorial de este documento estuvo a cargo de la Dirección General de Difusión Cultural y Divulgación Científica, a través de la Subdirección de Publicaciones

Coordinación editorial: Mayola Renova González
Cuidado de la edición: Delirio. Servicios Editoriales
Diagramación de interiores y portada: Delirio. Servicios Editoriales

Impreso en México / *Printed in Mexico*
<http://www.uacj.mx/publicaciones.html>

E X P E R I E N C I A S D E
INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA
COMUNITARIA

en contextos de salud, educación y violencia en el estado de Chihuahua

PRUEBA

Leticia Ríos-Velasco Moreno

Beatriz Maldonado Santos

Sarah Margarita Chávez Valdez

(coordinadoras)

UACJ



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA DE
CIUDAD JUÁREZ

PRUEBA UACJ

Agradecimiento

*A la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez
por las facilidades para la realización de esta obra.*

*A los autores(as) y coautores(as)
de cada uno de los capítulos,
por su entrega y entusiasmo al hacer
llegar el conocimiento en el área de la
psicología de la salud a nivel comunitario,
así como a los participantes en cada uno
de los procesos de intervención.*

PRUEBA
UACJ

PRUEBA UACJ

Contenido

11	Introducción
15	Capítulo 1. Intervención en afrontamiento colectivo, manejo de miedo y cultura ciudadana para la prevención de la violencia <i>Sarah Margarita Chávez Valdez y Leticia Ríos-Velasco Moreno</i>
45	Capítulo 2. Autoestima y ansiedad en familiares de adictos reclusos en un centro de sanación integral <i>Beatriz Maldonado Santos y Oscar Armando Esparza del Villar</i>
65	Capítulo 3. Impacto de la capacitación en el Modelo Transteórico del Cambio para mejorar la calidad del desempeño de practicantes de nutrición en la clínica del Instituto de Ciencias Biomédicas de la UACJ <i>Graciela Cristina Avitia, Yolanda Loya Méndez, Verónica Portillo Reyes y Gilberto Reyes Leal</i>
87	Capítulo 4. Programa de Inteligencia Emocional Plena en alumnos de primaria de Ciudad Juárez <i>Rocío García Hernández y Oscar Armando Esparza del Villar</i>

- 109 | **Capítulo 5. Depresión en pacientes con tuberculosis activa en tratamiento y su relación con políticas de salud mental en Ciudad Juárez, Chihuahua**
Priscila Montañez Alvarado, Irene Carrillo Saucedo y Lucía Neret Quintana Moya
- 125 | Sobre los autores

PRUEBA UACJ

Introducción

Dentro de la política social existen esfuerzos de amplio espectro para apoyar a la ciudadanía en torno a la salud, educación y problemas sociales; sin embargo, en la actualidad, las demandas que logran demostrar más justicia, traducida en equidad e igualdad, es hacia los grupos más vulnerables, pues se trata de políticas altamente dirigidas a una población concreta, las cuales pueden ofrecer una alternativa de cambio para un nicho de una comunidad desfavorecida. Por esta cuestión, tratando de atender la política social, en esta obra se presentan intervenciones de corte psicosocial y de salud que mostraron eficiencia dentro del proceso de cambio en diversos escenarios y grupos que se encuentran en alta vulnerabilidad en poblaciones del estado de Chihuahua, en particular en Ciudad Juárez.

Estas intervenciones analizaron y diagnosticaron problemáticas de alta incidencia en la zona, y al realizar una evaluación demostraron un impacto para cada comunidad atendida; algunas de las intervenciones se ocupan de afrontar sucesos colectivos de violencia y algunas otras atienden la mejora de la calidad de vida de los usuarios, pero cada una de ellas tiene un enfoque nítido para cubrir necesidades sentidas directamente por el colectivo al que se dirigen. Además, poseen un gran valor por su capacidad de réplica en otros contextos, debido a su alta efectividad demostrada al diagnosticar y estimar la realidad con calidad manifestada en cada contexto.

En el primer capítulo, se diseñó una intervención en desarrollo socioemocional, conducta prosocial e inhibición de conductas violentas en jóvenes de 17 a 21 años, en Sisoguichi, municipio de Bocoyna, Chihuahua. Dicha intervención se llevó a cabo en el plantel de educación media superior Batallón de San Patricio No. 8640, en la cual participaron 52 estudiantes (24 mujeres y 28 hombres), en un periodo de 11 semanas, del 18 de agosto al 01 de noviembre de 2014, con un total de 44 horas, en modalidad sabatina. El objetivo general fue identificar creencias, percepciones y actitudes no proactivas, con la intención de promover el afrontamiento socioemocional para el manejo del miedo social. Asimismo, se evaluó su efectividad, para lo cual se utilizó un diseño de medidas repetidas, pretest-intervención-postest, con grupo control.

El segundo capítulo tiene como objetivo analizar la eficacia de un programa de intervención, a través del impacto de las variables ansiedad/estado, ansiedad/rasgo y autoestima, dirigido a padres y madres, que cuentan con un hijo que recibe tratamiento dentro del Centro de Atención para la Rehabilitación en el Consumo de Drogas, ubicado en Ciudad Juárez, Chihuahua, en donde se buscó impactar positivamente la autoestima y reduciendo la ansiedad de los participantes, a través de la aportación de estrategias y herramientas para el manejo conductual y emocional de su familiar con problemas de adicción, desde la base de la terapia cognitivo conductual, asociando la educación emocional a estas herramientas, con el fin de permitir un adecuado manejo de conductas y emociones en los padres y provocar un cambio en los niveles de ansiedad y autoestima.

En el tercer capítulo de esta obra se describe cómo se brindó conocimiento a practicantes de nutrición de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez (UACJ) sobre la intervención mo-

tivacional de acuerdo con el Modelo Transteórico del Cambio (MT) en pacientes que acuden a la consulta clínica para modificar hábitos alimenticios. Así como incrementar la motivación intrínseca por la práctica profesional. Lo anterior se llevó a cabo mediante un diseño preexperimental con una muestra de 22 alumnos practicantes, cuya media de edad fue de 23.14 (\pm 2.38).

El capítulo cuatro presenta la medición del desarrollo de habilidades, tanto de inteligencia emocional como de atención plena, a través de la implementación de un taller, con la finalidad de observar si al término de éste se refleja algún cambio en las siguientes variables: inteligencia emocional, atención plena, autoeficacia, satisfacción vital, bienestar personal, empatía y atención. La hipótesis de investigación fue que los alumnos que son entrenados a través del programa de Inteligencia Emocional Plena mostrarán un nivel mayor de empatía, bienestar personal, satisfacción vital, autoeficacia, inteligencia emocional y atención y, por lo tanto, desarrollarán habilidades cognitivo-emocionales para regular adecuadamente sus emociones. Participaron en el estudio 31 alumnos de quinto y sexto grado de una escuela primaria federal de Ciudad Juárez, Chihuahua, pertenecientes a un nivel socioeconómico medio, con edades entre 9 y 13 años ($M = 10.48$, $S = 1.03$).

En tanto, el capítulo cinco aborda el tema de la tuberculosis como un serio problema de salud pública debido al impacto social y económico que genera. En un intento de lucha contra esta enfermedad, nace la Norma Oficial Mexicana 006, para tratar de asumir un compromiso político y económico en la lucha contra la tuberculosis con la asesoría y participación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). El objetivo de este estudio es evaluar el nivel de depresión en pacientes con tuberculosis

activa y en tratamiento, y su impacto en relación con políticas de salud mental dentro de la Norma Oficial Mexicana 006. Se efectuó un estudio transversal comparativo para medir la frecuencia y niveles de depresión en un grupo de 305 pacientes con tuberculosis activa en tratamiento, a quienes se les aplicó el Inventario de Depresión de Beck. La diabetes mellitus fue una variable que se considera afectó los niveles de depresión en el grupo de pacientes estudiados.

PRUEBA UACJ

CAPÍTULO 1

Intervención en afrontamiento colectivo, manejo de miedo y cultura ciudadana para la prevención de la violencia

*Sarah Margarita Chávez Valdez
Leticia Ríos-Velasco Moreno*

RESUMEN

Se diseñó una intervención en desarrollo socioemocional, conducta prosocial e inhibición de conductas violentas en jóvenes de 17 a 21 años, en Sisoguichi, municipio de Bocoyna, Chihuahua. Dicha intervención fue en el CREI-Plan de Iguala, con 52 estudiantes (24 mujeres y 28 hombres), pertenecientes al plantel de educación media superior Batallón de San Patricio No. 8640, en un periodo de 11 semanas, del 18 de agosto al 01 de noviembre de 2014, con un total de 44 horas, en modalidad sabatina. El objetivo general fue identificar creencias, percepciones y actitudes no proactivas, con la intención de promover el afrontamiento socioemocional para el manejo del miedo social, así como incrementar la eficacia grupal en dicho colectivo expuesto a violencia contextual. Para su evaluación se realizó un cuasiexperimento con mediciones del impacto en la intervención, a través del tamaño de efecto (*d de Cohen*), utilizando un diseño de medidas repeti-

das; pretest-intervención-postest, con grupo control. Se aplicó una batería conformada por un instrumento para cada variable: *escala de estrategias de afrontamiento*, compuesta de 4 factores, *escala de cultura ciudadana*, compuesta de 6 factores, *escala de miedo concreto*, de 13 factores, y *escala de miedo difuso*, compuesta de 7 factores. Entre los hallazgos previos al trabajo con los jóvenes, se detectaron algunos factores de riesgo que afectan a la población, efectos muy altos, estimados por la *d* de Cohen, así como pensamientos y conductas negativas que derivan en respuestas afectivas y fisiológicas y que se apreciaba resultaban en rasgos de estrés postraumático colectivo; el postest corrobora que fueron controlados, se incrementó la civilidad comunitaria en factores que refieren intenciones de involucrarse en mayor participación ciudadana, mayor cohesión social y agencia social del grupo experimental, después de 44 horas de intervención. A manera cualitativa, se pudo apreciar que se fomentaron relaciones intergrupales, de carácter más proactivo y se incrementó el pensamiento estratégico constructivo, al resolver y afrontar situaciones sociales conflictivas de manera positiva.

Palabras clave: estrategias de afrontamiento, miedo colectivo y cultura ciudadana.

INTRODUCCIÓN

La apreciación de conductas ilegales en un contexto de alta violencia social es una constante, por lo tanto, realizamos un estudio de victimización incluyendo el temor a la delincuencia (miedo difuso) y la percepción de riesgo (miedo concreto) ante las conductas delictivas, con la finalidad de detectar trastornos del delito en jóvenes de 17 a 21 años en Sisoguichi, municipio

de Bocoyna, Chihuahua. Dicha intervención se llevó a cabo en un plantel de educación media superior, en un periodo de 11 semanas (44 horas), del 18 de agosto al 01 de noviembre de 2014.

Actualmente, las condiciones de exclusión en México abarcan a todos los ámbitos de la vida nacional: económico, social, político y cultural. Pese a una mayor prosperidad económica, alimentada por una legalidad inestable, la pobreza continúa afectando a la población juvenil. Es una realidad indiscutible que la seguridad promueve en los ciudadanos un desarrollo pleno en su entorno social, y que, sin ella, la percepción de incertidumbre y el miedo social se tiende a *normalizar*, lo que acarrea un deterioro de la salud mental, baja tolerancia, altos niveles de victimización y alto costo en la seguridad privada e impotencia social.

Ante el miedo criminal, los jóvenes desarrollan estrategias de afrontamiento que fortalecen aún más su perpetuación, esto sucede de manera indirecta, pues se eleva la percepción de riesgo que es un factor protector individual que demostró decrementar el miedo al crimen; sin embargo, a mediano plazo impacta en la calidad de vida, pues en este estudio encontramos que los jóvenes con una alta percepción de riesgo en la esfera personal y familiar reportan altos rasgos de estrés postraumático e ineficacia colectiva.

Dentro de este estudio, se analiza el miedo al crimen y la percepción de riesgo en lo personal, familiar y contextual, las estrategias de afrontamiento, los rasgos de estrés postraumático, así como el nivel de victimización y sus efectos.

Lo anterior, aunado al análisis del contexto sociocultural, especialmente de las particularidades que fomentan una cultura de violencia. Se justifica teóricamente el afrontamiento colectivo a nivel conductual y cognitivo, explicando las estra-

tegrías de afrontamiento psicosocial, que incluye los desajustes afectivos y físicos que aquejan a las juventudes inmersas en colectivos donde la violencia social no da tregua, y es tan cíclica como lacerante.

Aunque los hallazgos indican que afrontar con pensamiento estratégico positivo una situación violenta genera percepción de riesgo en colectivos vulnerables, por sí mismo es un factor protector en la aparición de rasgos de estrés postraumático; este tipo de colectivos vulnerables nos muestra que se trata de sólo un espejismo en la pretensión del control en los niveles de miedo al crimen. El impacto negativo del miedo al crimen en relación con la eficacia colectiva constata que se descontrola al utilizar pensamientos afectivos y respuestas fisiológicas, que producen un efecto negativo generando desajustes de salud colectiva en las relaciones sociales, y en las conductas no prosociales, algunas de corte violento, esto aunado a otros factores socioculturales que se describen en el desarrollo de la problemática, los cuales afectan y desajustan seriamente la calidad de vida en estas juventudes aún con identidad en formación.

El presente estudio pretende explicar cómo es este proceso y las vertientes que desembocan en bajos niveles de salud mental, desgaste social de las relaciones y de eficacia colectiva identificando creencias, percepciones y actitudes negativas en grupo, para continuar con un fomento del afrontamiento socioemocional positivo y disminución del miedo social, elevar conductas de participación ciudadana e inhibir conductas antisociales.

DESARROLLO EN LA ETAPA ADOLESCENTE

Conceptualizar la juventud en un rango etario específico es una tarea compleja, pues es relativa al contexto y a la manera en que se estructura la sociedad. Ser joven cambia de forma y contenido en un espacio y tiempo delimitado, se trata de aquellos “valores asociados a este grupo de edad y los ritos los que delimitan en cada contexto dicha conceptualización” (Feixa, 1998, p. 3).

En la adolescencia y especialmente en el transcurso vital del ser humano, hay circunstancias nuevas, cambiantes, a las que es preciso adaptarse si se quiere atender las necesidades propias. Desde el año 472 a. C., Esquilo, en su afamada tragedia, *Los persas*, refería que: “la naturaleza dio a los humanos por patrimonio las adversidades” (Sánchez-Planell y Prats-Roca, 2004, p. 42), por lo tanto la adversidad surge ajena al control humano, lo interesante resulta en apreciar el modo en que se percibe y la reacción ante ella: “la adversidad comienza a serlo en cuanto subjetiva, percibida y experimentada” (p. 42).

Según Sánchez-Planell y Prats-Roca (2004), en sí, la adversidad es una especie de experiencia con contenido emocional, a partir de la percepción de la misma y de emociones asociadas se le adjudica un papel positivo o negativo; además, puede aparecer incorporada a vivencias, entremezclada y compartiendo afectos, sentimientos, emociones y pensamientos, resulta en una construcción conceptual diferenciada de otras reacciones y emociones. La percepción de lo adverso puede ser delimitada de manera específica y objetiva: por relación con la apreciación de las circunstancias que la suscitan.

Para estos mismos autores, la gama de autoprotección es muy amplia, ante amenazas duraderas se presentan mecanis-

mos reactivos e instintivos: de lucha y de huida, de aproximarse o evitar y, en ocasiones, de acatar y hasta de soportar.

Existen estrategias de afrontamiento desde deliberadas hasta reflexivas, de inconscientes hasta organizadas, mas no por ello menos sofisticadas, como los controles cognitivos y los mecanismos de defensa.

Vuanello (2006) distingue entre estrategias fisiológicas y afectivas como respuesta a analizar el nivel de trastorno de estrés postraumático después de una experiencia delictiva adversa; estrategias de afrontamiento cognitivo, de procesamiento cognitivo de negación, donde el individuo implementa mecanismos de defensa como afrontamiento a la adversidad; estrategias de carácter conductual, a manera de responder al estrés activamente al ocurrir un acto delictivo, detener su carácter adverso en el presente y futuro, o ya sea, mimetizarse y no actuar como acción instintiva de autoprotección. En particular, el modo en que con su respuesta y actividad llega a modificar en algo esas circunstancias ajenas a su control. Los mecanismos autodefensivos en el pensamiento y en la percepción estudiados como “defensa perceptiva” y como “controles cognitivos”, constituyen formas automáticas de reaccionar, percibir, pensar y, a su vez, funcionan como filtros para los aparatos sensoriales y del pensamiento.

Para Sánchez-Planell y Prats-Roca (2004) los comportamientos de defensa presentan analogías con complicaciones en el sistema inmunológico y realmente constituyen una prolongación de éstas. En este sentido, los trastornos biológicos del sistema autoinmune, tales como inmunodeficiencia adquirida, esclerosis múltiple, diabetes juvenil, etcétera, proporcionan una ilustrativa metáfora o modelo para alteraciones y disfunciones en el sistema comportamental de defensas de una

persona joven. La adaptación ahora se orienta a la satisfacción de la necesidad, de manera indirecta, pero en directo se hace frente al peligro, a la adversidad.

Feshbach (1969) definió el comportamiento agresivo físico o verbal como “aquellas respuestas que producen dolor a una persona a través del rechazo y la exclusión de los demás” (p. 15).

Para Barraza (2004), la pareja estrés/afrontamiento incluye dos momentos y modos comportamentales. El primero de ellos de simple respuesta o reacción ante el acontecimiento estresante o adverso. Es una conducta *respondiente* que incluye varios componentes, algunos de reacción y alteración emocional, tales como miedo, desasosiego o malestar, y otros de carácter cognitivo, como: la percepción del peligro, de la pérdida y el daño; la percepción también de la demanda o desafío; y en relación con los recursos que se dispone, un juicio de estimación o valoración.

Existe una conducta adaptativa, ajustada a la demanda o evite; una *reapreciación* tanto del daño, pérdida y amenaza, como de los propios recursos para hacerle frente, y una conducta instrumental, operante, encaminada a ajustar los requeridos cambios en el entorno (Barraza, 2004).

Sánchez-Planell y Prats-Roca (2004) subrayan que:

Es importante conocer los elementos que consideran los jóvenes en su construcción sociocognitiva y conductual de la definición de agresividad; pues esto, nos brindará pautas para la definición de una intervención social funcional dirigida a este estrato en particular desde una auto perspectiva de los jóvenes en lo social y comunitario que garantice un programa de intervención con altos índices de eficiencia y eficacia para dicho estrato (Sánchez-Planell y Prats-Roca, 2004).

Investigadores como Acosta (2010); Álvarez-Cienfuegos y Egea-Marcos (2005); Martín-Serrano (1998); Vuanello (2006), entre otros, coinciden en abordar la problemática de manera multifactorial. La estructura bio-psico-socio-cultural interpretada en torno al problema vigente apoya a describir las estrategias de afrontamiento en tanto a las cogniciones adversas, sentimientos, miedos y acciones que mantienen las juventudes en ciertos contextos violentos, con la opción de intervenir para modificar y reforzar los resultados de los últimos esfuerzos realizados.

En esta intervención con jóvenes, se analizan las estrategias de afrontamiento, específicamente las de *afrontamiento afectivo* que refieren sentimientos y emociones de preocupación e inseguridad ante estados de tensión y alerta, alimentados por la amenaza de caer en manos de la delincuencia, con el fin de reducir un acontecimiento estresante; así como las estrategias de: *afrontamiento conductual*, al manifestar una actitud activa, de reacción a situaciones de violencia, positiva o negativa; y de este modo aminorar el impacto emocional del contexto violento; como “la huida real a estresores o a la búsqueda de apoyos humanos, espirituales e institucionales” (Vuanello, 2006, p. 26).

Por otro lado, citando a Vuanello (2006), se analizan las estrategias de *afrontamiento cognitivo* que pueden manifestarse como evitación de amenazas, así como la opción de posicionarse en un nivel de pensamiento desde una perspectiva negativa del problema, definiéndolas como *procesamientos cognitivos de negación*, o bien, sintiendo que se poseen los recursos necesarios para afrontar las situaciones estresantes del acontecer cotidiano reflejadas como *procesamientos cognitivos de afrontamiento*, como alternativas de contenidos del pensamiento. Vuanello (2006) refiere una cuarta estrategia de afrontamiento de corte *fisiológico*, que se manifiesta al somatizarse el impacto del delito como

molestias digestivas, tensión corporal, aumento de frecuencia cardíaca, todas ellas relacionadas con una alta actividad autonómica, consecuencia de vivir directa o indirectamente el delito, y del miedo y la probabilidad percibida de que éste ocurra.

Son objeto del presente estudio las variables que componen el constructo *miedo social*, definidas como *miedo difuso* (miedo al crimen) y *miedo concreto* (percepción de riesgo ante la victimización); el primero también denominado *miedo emocional* y el segundo *miedo cognitivo* (Bilsky, Borg y Wetzels, 1999).

El *miedo difuso* es conocido como el temor asociado al delito y el *miedo concreto* es definido en la literatura como la probabilidad percibida por la persona de ser víctima de un delito en el futuro inmediato (Ramos y Andrade, 1991).

Ortega y Myles (1987) definen al *miedo concreto* como: “la vulnerabilidad subjetiva que percibe una persona frente a diferentes actos delictivos o violentos” (p. 134).

Según la Consultoría de la Universidad Nacional de Colombia-Corporación Urbanos (como se citó en Ruiz, 2007), el temor o riesgo percibido por la victimización criminal o miedo concreto, en sus múltiples manifestaciones, puede tener diferentes efectos sobre el tejido social y factores de participación, eficacia y cohesión ciudadana.

El miedo al delito constituye un área de interés en el campo de la criminología y un tema específico dentro de la psicología social, por sus posibles incidencias en los hábitos de autoprotección de la ciudadanía, en la salud pública, o ante la amenaza de altos índices de temor al crimen y sus consecuencias en la confianza de las comunidades con regímenes políticos democráticos (Dammert y Malone, 2006).

Desde una perspectiva psicosocial se ha definido el miedo al crimen como un sentimiento de ansiedad y peligro ante la

posibilidad de ser víctima de un delito (Berenguer, Garrido y Montoro, 1990).

Dammert y Malone (2006) encontraron que un indicador de otras inseguridades de carácter económico, de salud, alimentaria, ambiental o política, era la principal variable explicativa del miedo al atraco o asalto.

En la misma línea, se ha encontrado que la victimización sufrida se asocia a la percepción de riesgo mas no al temor al crimen, aunque ambos componentes estén estrechamente relacionados (Ruiz, 2005; 2007), y también que una mayor insatisfacción con el desempeño de la policía sí se asocia al temor al crimen (Ruiz, 2007).

En este orden de sucesos, respecto a la cultura ciudadana, mientras que sí se encuentra coincidencia entre diferentes autores al subrayar la necesidad de medir ambientes sociales y espaciales en relación con la violencia o el miedo al delito, es menor el consenso en cuanto al constructo medido y/o a la estrategia ideal en su operacionalización (Villareal y Silva, 2006).

Para Sampson y Wilson (1990), la medición operativa de la eficacia y cohesión ciudadana identifica la capacidad organizativa de una comunidad para resolver problemas que le afectan. Es un elemento fundamental para que las comunidades consensuen sus propios controles y objetivos de bienestar social. El tema de cohesión social es relevante porque en la actualidad se presenta un fenómeno de desintegración social que, entre otros aspectos, es causado por la debilidad en los vínculos de confianza y de solidaridad entre los miembros de una comunidad, así como por la pérdida progresiva de los elementos que regulan el control social, lo cual puede propiciar mayores oportunidades para la delincuencia.

Estos supuestos se enmarcan en el contexto de la teoría de la desorganización social, la cual se define como la inhabilidad en una sociedad para generar valores comunes y mantener controles sociales efectivos (Sampson y Wilson, 1990).

OBJETIVO

Analizar la relación entre estilos de afrontamiento con el miedo social, factores socioculturales y sentimiento de inseguridad en juventudes expuestas a la violencia, dotando a los jóvenes de estrategias para afrontar efectivamente mecanismos de defensa que les permitan regular emocionalmente miedos, preocupaciones y erradicar un clima desfavorable de desarrollo.

HIPÓTESIS

- Hipótesis de investigación (Hi). Los puntajes en los factores analizados en la intervención tendrán variación o decremento significativo en los niveles de riesgo de las estrategias de afrontamiento afectivas, cognitivas, conductuales y fisiológicas; en los niveles de los factores personal, familiar y a nivel de un conocido de la percepción de riesgo a ser victimizado o miedo concreto; en el miedo real al crimen o miedo difuso; así como una variación incremental significativa para el caso de los niveles de la escala de cultura ciudadana, después de la intervención (tratamiento/grupo experimental pre y post).
- Hipótesis nula (Ho). No habrá diferencia significativa en los términos planteados anteriormente, respecto a modifica-

ciones en los niveles de riesgo de las escalas aplicadas: estrategias de afrontamiento, miedo concreto, miedo difuso y cultura ciudadana después de la intervención.

Nivel de significación

Para todo valor de probabilidad igual o menor que 0.05 en el grupo experimental, se acepta H_1 y se rechaza H_0 .

Zona de rechazo

Para todo valor de probabilidad mayor que 0.05, se acepta H_0 (las diferencias en los factores del estudio se deben al azar) y se rechaza H_1 (no presentó resultados en dicho factor la intervención).

METODOLOGÍA

El programa de intervención consistió de once sesiones didácticas de cuatro horas cada una sobre prevención de violencia en el CREI-Plan de Iguala con alumnos de enseñanza media superior y superior de Sisoguichi, Bocoyna, Chihuahua. Ahí mismo se aprovechó para indagar sobre los diferentes tipos de miedo social (miedo concreto y miedo difuso) y los estilos de afrontamiento que presenta la población, dar a conocer estos tipos de miedos sociales, así como las estrategias de afrontamiento que utilizan los jóvenes y, posteriormente, ofrecer pautas o estrategias de acción para controlar el escalamiento del índice actual de violencia social en los jóvenes, que no suelen ser trabajados en las materias que se ofrecen en el sistema de enseñanza y en los créditos actuales de su plan de estudios de manera formal.

PARTICIPANTES

La muestra estuvo constituida por un total de 52 estudiantes de educación media superior, del centro educativo Batallón de San Patricio No. 8640, en Sisoguichi, pueblo del estado mexicano de Chihuahua. Los 52 estudiantes se dividieron en dos grupos (uno experimental y otro control), conformado cada grupo por 26 adolescentes en edades de 17 a 21 años.

DISEÑO

Se utilizó un diseño de corte cuasi experimental de medidas repetidas con un grupo control no equivalente con $N = 26$, comparándolo con un grupo tratamiento (experimental) $N = 26$, con la finalidad de evaluar los efectos de la intervención aplicando una batería de instrumentos antes de la intervención y posterior a la misma (pretest – intervención – postest) (tabla 1).

Tabla 1. Esquema del modelo de corte cuasiexperimental de la intervención

Grupos	Secuencia de registro Pretest	Tratamiento	Postest
Grupo experimental (GE) = 26 sujetos	Oe1 (Observación tratamiento 1)	X (programa)	Oe2 (Observación tratamiento 2)
Grupo control (GE) = 26 sujetos	_____		Oc2 (Observación tratamiento 2)

Fuente: elaboración propia.

El grupo control pertenece a la misma localidad, con una historia y experiencias similares al grupo experimental; dicho grupo sin intervención sería el grupo control no equivalente.

El grupo experimental recibió el programa de intervención en violencia (X) a través de la participación masiva en desarrollo de *vecindarios saludables*, de los conocimientos de violencia y el aprendizaje social de habilidades autorreguladoras (guías para afrontamiento positivo, erradicación de miedo social con el afán de fomento de eficacia colectiva y participación ciudadana, así como cambio de tipo de agresividad, de reactiva a proactiva en los jóvenes, para revincularlos en pro de las necesidades de su entorno comunitario).

Para la toma de medidas posttest se utilizó una batería de escalas que mide las variables de investigación, y para el desarrollo del curso y respaldo cualitativo del estudio durante el proceso de las 11 sesiones de cuatro horas cada una, se realizaron entrevistas a profundidad respecto a victimización, grupos de discusión, exposiciones de estudio de caso por parte de los alumnos y un proyecto final para estimular la proactividad y eficacia social titulado *Mi vecindario saludable*.

INSTRUMENTOS

Una de las principales variables a medir en este estudio son las estrategias de afrontamiento colectivo, para lo cual se utilizó el Cuestionario de Seguridad Urbana (CIU) desarrollado por la doctora Roxana Vuanello, de la Universidad Nacional de San Luis, República Argentina, en el año 2006 (Vuanello, 2006). Los instrumentos que se emplearon para medir el manejo del miedo fueron: *la escala de miedo concreto (riesgo percibido a la victimización)* y *la escala de miedo difuso*, además de *la escala de cultura ciudadana*, desarrollados por Ruiz (2007); dichos instrumentos se aplicaron a los alumnos participantes en la intervención.

Asimismo, es importante destacar que se elaboró una entrevista semiestructurada para medir el nivel y el tipo de victimización en la muestra de jóvenes, para su clasificación en las dinámicas de las diversas sesiones grupales, de manera que se pudieran obtener grupos de víctimas y no víctimas en cada una de las sesiones de la intervención.

Se trata de un instrumento de elaboración propia, donde se pidió de manera guiada a los participantes que indicaran los tipos de delitos a los que han estado expuestos en lo personal, familiar, o por un conocido, a la vez, se pidió que narraran situaciones complejas donde describieran percepciones, sentimientos y reacciones fisiológicas ante las situaciones de exposición a la violencia de manera explícita, con la finalidad de detectar el tipo de victimización que presentaban y poder obtener una referencia previa a la aplicación de los instrumentos de estrategias de afrontamiento, esto es, un indicador que brindara mayor explicación de las vulnerabilidades de la muestra y de su manera de afrontarlas.

La escala de miedo concreto (prepost): referente al miedo real al crimen, es un instrumento de medición compuesto de 17 ítems, el cual incluye delitos frecuentes a nivel internacional, tales como: robo de la vivienda, del carro, hurto, secuestro, agresión sexual u homicidio. El coeficiente de confiabilidad interna de la escala al aplicarse en Bogotá, Colombia, en el año 2001 fue de un alfa de Cronbach de .87 (Ruiz, 2007), lo cual muestra que es una escala altamente confiable.

La escala de miedo difuso (prepost): elaborada por Ruiz (2007), se compone de 7 ítems como: miedo a ser víctima de un delito y miedo a ser victimizado. Esta escala ha mostrado alta confiabilidad interna, un alfa de Cronbach de .80, en trabajos anteriores (Ruiz, 2007).

La escala de cultura ciudadana (prepost): se integra de 8 indicadores, los cuales son: compromiso por la ciudad, respeto por la ciudad, identificación afectiva, servicios de la ciudad, participación ciudadana, respeto por las normas sociales, civismo y tolerancia, y cuidado de los espacios públicos. El índice de confiabilidad interna de la escala obtuvo un alfa de Cronbach de .93 en una muestra aplicada en Bogotá, Colombia, en 2001 (Ruiz, 2005).

RESULTADOS

Se realizaron dos estudios; en un primer momento, se hizo una evaluación de la intervención mediante un estudio de prueba "T" para muestras relacionadas entre los tiempos pre y post del grupo experimental. Posteriormente, se llevó a cabo un segundo estudio de validación de la intervención con el grupo control en el postest.

Antes de reportar los hallazgos del tratamiento es importante destacar algunas acotaciones de relevancia respecto al tamaño del efecto de los tratamientos o intervenciones: para Cohen (1977), entre más grande sea el tamaño del efecto en la población de estudio, más probable resulta que el efecto observado en el estudio alcance el criterio de significación estadística y mayor será la potencia. Cohen (1992) destaca que el tamaño del efecto no puede variarse, puesto que se trata del fenómeno que se quiere estudiar; cuando se prueba una hipótesis no se conoce cuál es el valor poblacional de este parámetro, sino que se realiza una estimación a partir de la muestra extraída, la necesidad de garantizar los resultados de la investigación

consiste en asumir los menores márgenes posibles de error de Tipo I y a la vez de Tipo II (Cohen, 1992, p. 155).

Para ello Cohen (1992) establece que “la única estrategia posible se basa en emplear el suficiente número de observaciones. Aunque este procedimiento resulte el mejor presenta el inconveniente de que en ocasiones resulta difícil recoger una muestra amplia por cuestiones de economía” (p. 157); por ende, tampoco se puede recomendar que los investigadores acopien un número exagerado de observaciones con el fin de reducir los márgenes de error en su decisión. Cohen (1992) destaca que: “la recomendación más adecuada consiste en efectuar una estimación de la potencia que garantice que en el caso de que el efecto se encuentre presente en la población pueda apoyar a rechazar la hipótesis nula con suficientes garantías” (p. 158).

Éste es un requisito especialmente exigible en la investigación social aplicada, categoría a la que pertenece el presente estudio, puesto que en este caso no sólo es necesario rechazar la hipótesis nula, sino que también se requiere que el tamaño del efecto sea lo suficientemente considerable para producir efectos que justifiquen la aplicación posterior de los tratamientos, o incluso que permitan elegir uno de los procedimientos entre un abanico de alternativas de tratamiento.

Según Cohen (1977), los efectos de 0.20 se consideran bajos, de 0.50 se consideran moderados y por arriba de 0.80 se consideran altos o grandes, en el presente estudio se obtuvieron tamaños de efectos de grandes a muy grandes; por ende, el tratamiento produjo resultados de suficiente significación estadística y garantía para rechazar la hipótesis nula, es decir, se propone un tratamiento de carácter efectivo.

EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN**Tabla 2. Medias de las variables estudiadas durante la intervención (grupo experimental en el tiempo pre y post)**

		Media	N	Desviación típica	Error típico de la media
Par 1	Riesgo_percib_personal	31.7308	26	8.90194	1.74581
	Riesgo_percib_personal 2	30.2692	26	8.56765	1.68025
Par 2	Riesgo_percb_familiar	33.0000	26	8.54166	1.67516
	Riesgo_percb_familiar 2	21.0769	26	4.23248	0.83006
Par 3	Riesgo_percb_conocido	33.0769	26	8.10394	1.58931
	Riesgo_percb_conocido 2	22.1154	26	4.48399	0.87938
Par 4	miedo_concreto_total	97.8077	26	23.02524	4.51562
	miedo_concreto_total 2	73.3846	26	11.19313	2.19515
Par 5	total_cultura_ciudadana	90.5000	26	15.63905	3.06707
	total_cultura_ciudadana 2	106.9615	26	16.55411	3.24653
Par 6	total_miedo_difuso	18.4231	26	4.20641	0.82494
	total_miedo_difuso 2	13.0769	26	3.33374	0.65380
Par 7	tota_afectivo	86.2400	25	40.13236	8.02647
	tota_afectivo 2	35.6000	25	25.13464	5.02693
Par 8	total_cognitivo	118.0800	25	29.21746	5.84349
	total_cognitivo 2	88.2800	25	42.00151	8.40030
Par 9	total_fisiológico	52.9200	25	38.58100	7.71620
	total_fisiológico 2	20.6000	25	18.57193	3.71439
Par 10	total_conductual	142.9600	25	57.87449	11.57490
	total_conductual 2	101.2400	25	54.79224	10.95845
Par 11	total_miedo_social	116.2308	26	25.13533	4.92944
	total_miedo_social 2	84.3077	26	15.75505	3.08982

Fuente: elaboración propia.

El grupo tratamiento (experimental) muestra una reducción de medias al término de la intervención de manera global con tamaños de efecto muy grandes. La escala de cultura ciudadana que presenta una diferencia a manera de incremento entre el pre y postest resultó deseable, pues manifiesta un incremento

en la eficacia colectiva y participación ciudadana, al igual con tamaños de efecto de grandes a muy grandes.

Al continuar con el análisis, en el factor de riesgo percibido personal se encuentra una diferencia de reducción en medias de $= 11.46$, con un tamaño de efecto determinado por d de Cohen $= 2.93$; respecto al tamaño de efecto grande entre pre y postest, el riesgo percibido familiar muestra una diferencia de medias de $\bar{X} = 11.92$ y d de Cohen $= 4.17$, con la d de Cohen obtenida se sugiere un tamaño de efecto muy grande.

La percepción de riesgo de que un conocido sea vulnerado presenta una diferencia de reducción de medias de $\bar{X} = 10.95$ y d de Cohen $= 3.89$; un tamaño de efecto grande, la percepción de riesgo a ser victimizado (miedo concreto), pues presenta una diferencia de medias de $\bar{X} = 24.43$ y d de Cohen $= 3.19$; un tamaño de efecto grande, la escala de cultura ciudadana, que implica la participación ciudadana entre otros factores, presenta diferencia de medias de $\bar{X} = -16.50$ y d de Cohen $= -2.29$; y con un efecto grande, el miedo difuso presenta una diferencia de medias de $\bar{X} = 5.34$ y d de Cohen $= 3.17$.

La estrategia de afrontamiento afectivo presenta una diferencia de medias de $\bar{X} = 50.64$ y d de Cohen $= 3.49$, con un efecto grande. La estrategia de afrontamiento cognitivo muestra una diferencia de medias de $\bar{X} = 29.86$ y d de Cohen $= 1.86$; es decir, un efecto grande.

La estrategia de afrontamiento fisiológico muestra una diferencia de medias de $\bar{X} = 32.32$ y d de Cohen $= 2.53$; es decir, un efecto grande. La estrategia de afrontamiento conductual presenta una diferencia de medias de $\bar{X} = 41.72$ y d de Cohen $= 1.66$, un tamaño de efecto grande; las escalas de miedo concreto y miedo social en conjunto presentaron diferencia de medias de $\bar{X} = 31.92$ y d de Cohen $= 3.49$, un tamaño de efecto grande.

Respecto a los resultados obtenidos, se puede concluir que se rechaza la H_0 (hipótesis nula), pues existen diferencias estadísticamente significativas entre pre y postest (intrasujetos). La hipótesis de investigación (H_i) plantea: los puntajes en los factores del estudio y subvariables tendrán variación o decremento significativo en los niveles de riesgo de las estrategias de afrontamiento afectivas, cognitivas, conductuales y fisiológicas, en los niveles de los factores personal, familiar y a nivel de un conocido del riesgo a ser victimizado o miedo concreto, en el miedo real al crimen o miedo difuso.

Resultó una variación incremental significativa para el caso de los niveles de la escala de cultura ciudadana, después de la intervención (tratamiento/grupo experimental pre y post); aunado a esto, se observaron tamaños de efecto considerablemente grandes en todos los casos, pues los resultados fueron más altos que 0.80; es decir, la magnitud de la diferencia entre los grupos que encontramos respecto a la muestra fue alta, y la diferencia entre la muestra y la población resulta significativa.

Después de realizar la prueba T para muestras relacionadas se concluye que existe una diferencia muy significativa y se rechaza la H_0 (hipótesis nula) en todos los factores:

- para riesgo percibido personal $T(25) = 2.77, p = .010$,
- riesgo percibido familiar $T(25) = 6.77, p = .000$,
- riesgo percibido a un conocido $T(25) = 6.20, p = .000$,
- miedo concreto total $T(25) = 7.33, p = .000$,
- cultura ciudadana $T(25) = -3.86, p = .001$,
- miedo difuso total $T(25) = 5.86, p = .000$,
- estrategia de afrontamiento afectivo $T(24) = 5.91, p = .000$,
- estrategia de afrontamiento cognitivo $T(24) = 3.73, p = .001$,
- estrategia de afrontamiento fisiológico $T(24) = 4.27, p = .000$,

Tabla 3. Prueba T para muestras relacionadas-grupo experimental pre-post

Diferencias relacionadas									
	Media	Desviación típica	Error típico de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia		T	gl	Sig. (bilateral)	
				Inferior	Superior				
Par 1	Riesgo_percib_personal Riesgo_percib_personal 2	1.46154 2.68672	0.52691	0.37635	2.54673	2.774	25	.010	
Par 2	Riesgo_percb_familiar Riesgo_percb_familiar 2	11.92308 8.97518	1.76018	8.29792	15.54823	6.774	25	.000	
Par 3	Riesgo_percb_conocido Riesgo_percb_conocido 2	10.96154 9.0088	1.76677	7.32281	14.60027	6.204	25	.000	
Par 4	miedo_concreto_total miedo_concreto_total 2	24.42308 16.97333	3.32874	17.56740	31.27875	7.337	25	.000	
Par 5	total_cultura_ciudadana total_cultura_ciudadana 2	-16.46154 21.76278	4.26803	-25.25171	-7.67136	-3.857	25	.001	
Par 6	total_miedo_diffuso total_miedo_diffuso 2	5.34615 4.65568	0.91305	3.46568	7.22662	5.855	25	.000	
Par 7	total_afectivo total_afectivo 2	50.64000 42.82316	8.56463	32.96347	68.31653	5.913	24	.000	
Par 8	total_cognitivo total_cognitivo 2	29.80000 39.96457	7.99291	13.30344	46.29656	3.728	24	0.001	
Par 9	total_fisiológico total_fisiológico 2	32.32000 37.81944	7.56389	16.70890	47.93110	4.273	24	0.000	
Par 10	total_conductual total_conductual 2	41.72000 66.27124	13.25425	14.36458	69.07542	3.148	24	0.004	
Par 11	total_miedo_social total_miedo_social 2	31.92308 22.42307	4.39752	22.86620	40.97995	7.259	25	0.000	

Fuente: elaboración propia.

- estrategia de afrontamiento conductual $T(24) = 3.15, p = .004$, y total de miedo social $T(25) = 7.26, p = .000$.

En efecto, el tratamiento parece haber brindado un decremento en los factores de riesgo que afectan a la población; en los procesamientos cognitivos y conductuales de connotación negativa y en respuestas afectivas y fisiológicas que en grados extremos denotan estrés postraumático en las poblaciones juveniles, así como un incremento en la cultura y participación ciudadana del grupo que estuvo bajo el tratamiento durante las 11 sesiones de trabajo.

VALIDACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Se contó con un grupo control de $N = 26$ jóvenes en el postest, los resultados de éste se compararon respecto a los obtenidos del grupo experimental en el postest.

Los resultados de los grupos control y experimental se analizan mediante Anova de un factor. A continuación en la tabla 4, se muestran los estadísticos descriptivos del análisis.

Los jóvenes del grupo control, con las mismas características sociodemográficas y etarias de $N = 26$ sujetos, fueron seleccionados por conveniencia debido a que los horarios en que ellos cursaban no lograron acomodarse a los del taller impartido; por ende, nuestro estudio cuenta con la limitación de no ser totalmente experimental, o cuasiexperimental como se pretendió en un principio.

La muestra control fue recolectada en la misma área geográfica y centro de estudios, y con sujetos bajo las mismas condiciones como se citó anteriormente, a los cuales se les aplicó la

Tabla 4. Medias de las variables estudiadas durante la intervención, grupo experimental y grupo control en el segundo tiempo (post)

		N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
						Límite inferior	Límite superior		
Riesgo_percibido_personal_2	Experimental	26	30.2692	8.56765	1.68025	26.8087	33.7298	16.00	44.00
	Control total	26	25.6154	8.22716	1.61348	22.2924	28.9384	17.00	50.00
		52	27.9423	8.64193	1.19842	26.5364	30.3482	16.00	50.00
Riesgo_percibido_familiar_2	Experimental	26	21.0769	4.23248	.83006	19.3674	22.7865	17.00	32.00
	Control total	26	28.1154	8.25265	1.61848	24.7821	31.4487	17.00	51.00
		52	24.5962	7.40233	1.02652	22.5353	26.6570	17.00	51.00
Riesgo_percibido_conocido_2	Experimental	26	22.1154	4.48399	.87938	20.3043	23.9265	17.00	32.00
	Control total	26	28.9231	8.63909	1.69426	25.4337	32.4125	17.00	49.00
		52	25.5192	7.63247	1.05843	23.3943	27.6441	17.00	49.00
miedo_concreto_total_2	Experimental	26	73.3846	11.19313	2.19515	68.8636	77.9056	55.00	93.00
	Control total	26	82.6538	23.05982	4.55240	73.3398	91.9679	51.00	150.00
		52	78.0192	18.54670	2.57196	72.8558	83.1827	51.00	150.00
total_cultura_ciudadana_2	Experimental	26	106.9615	16.55411	3.24653	100.2752	113.6479	74.00	137.00
	Control total	26	88.7308	15.33508	3.00746	82.5368	94.9247	58.00	123.00
		52	97.8462	18.28466	2.53563	92.7557	102.9366	58.00	137.00
total_miedo_difuso_2	Experimental	26	13.0769	3.33374	.65380	11.7304	14.4235	8.00	21.00
	Control total	26	17.4231	4.26308	.83606	15.7012	19.1450	7.00	25.00
		52	15.2500	4.37853	.60719	14.0310	16.4690	7.00	25.00
total_afectivo_2	Experimental	26	35.2308	24.69868	4.84381	25.2548	45.2068	7.00	90.00
	Control total	26	91.0385	40.72393	7.98662	74.5897	107.4872	28.00	157.00
		52	63.1346	43.65643	6.05406	50.9806	75.2866	7.00	157.00
total_cognitivo_2	Experimental	26	86.4231	42.22812	8.28162	69.3668	103.4794	17.00	173.00
	Control total	26	119.3462	31.37890	6.15391	106.6719	132.0204	68.00	197.00
		52	102.8846	40.411.44	5.60406	91.6340	114.1352	17.00	197.00
total_fisiológico_2	Experimental	26	21.0769	18.35848	3.60039	13.6618	28.4921	.00	64.00
	Control total	26	66.7308	50.04523	9.81468	46.5171	86.9445	.00	154.00
		52	43.9038	43.86578	6.08309	31.6915	56.1162	.00	154.00
total_conductual_2	Experimental	26	99.8462	54.15363	10.62040	77.9730	121.7193	34.00	224.00
	Control total	26	144.6923	48.71777	9.55434	125.0148	164.3698	25.00	228.00
		52	122.2692	55.80010	7.73808	106.7344	137.8041	25.00	228.00
total_miedo_social_2	Experimental	26	84.3077	15.75505	3.08982	77.9441	90.6713	34.00	110.00
	Control total	26	100.0769	23.075192	4.65814	90.4833	109.06705	65.00	169.00
		52	92.1923	21.48510	2.97945	86.2108	98.1738	34.00	169.00

Fuente: elaboración propia.

misma batería de escalas que a los sujetos experimentales, en el tiempo postest, con la ventaja de que su aplicación fue llevada a cabo a la par que a los sujetos experimentales en su segunda aplicación (postest).

El riesgo percibido personal $F(1, 50) = 3.99$, $p = .05$, $d = 0.55$ mostró una diferencia entre experimental y control, apenas significativo con un tamaño de efecto moderado, por lo que en este caso se aprecia de manera tangible que nuestro grupo control desde un inicio ya tenía un bajo riesgo percibido personal, en comparación con el grupo experimental.

El riesgo percibido familiar $F(1, 50) = 14.97$, $p < .001$, $d = 1.13$ mostró diferencias significativas entre el grupo experimental y el de control con un tamaño de efecto muy alto, el riesgo percibido de que un conocido sea victimizado arrojó una $F(1, 50) = 12.72$, $p = .001$, $d = 1.04$; según Cohen (1977), un efecto superior a 0.80 es alto y muestra diferencias importantes entre grupos; por consiguiente, el efecto obtenido fue muy alto. El miedo concreto $F(1, 50) = 3.40$, $p = .07$ no mostró diferencias significativas en el grupo experimental y el de control. En cuanto al riesgo percibido, a manera integral entre el grupo experimental y el de control, mostró que el grupo control ya tenía niveles bajos en el ámbito global.

En el caso del factor cultura ciudadana se encontró una $F(1, 50) = 16.97$, $p < .001$, $d = 1.14$, es decir, existen diferencias muy significativas entre el grupo experimental y el de control, con un tamaño de efecto muy alto.

Respecto al miedo difuso, el miedo real al crimen mostró una $F(1, 50) = 16.76$, $p < .001$, $d = 1.14$; por ende, existen diferencias muy significativas entre el grupo experimental y el de control, con un tamaño de efecto muy alto.

Tabla 5. Anova de un factor-grupo experimental y grupo control (post)

Factor	gl (VI, error)	F	sig.
Riesgo Personal percibido	1,50	3.991	0.051
Riesgo Familiar percibido	1,50	14.974	0.001
Riesgo por un Conocido percibido	1,50	12.719	0.001
Miedo concreto Total	1,50	3.401	0.071
Cultura ciudadana Total	1,50	16.971	0.001
Miedo difuso Total	1,50	16.769	0.001
Afrontamiento afectivo Total	1,50	35.697	0.001
Afrontamiento cognitivo Total	1,50	10.182	0.002
Afrontamiento fisiológico Total	1,50	19.071	0.001
Afrontamiento conductual Total	1,50	9.855	0.003
Miedo Social Total	1,50	7.959	0.007

Fuente: elaboración propia.

Analizando las diferencias en las estrategias de afrontamiento, se encuentran discrepancias estadísticas muy significativas entre éstas y las respuestas afectivas $F(1, 50) = 35.7, p < .001, d = 1.71$, con un tamaño de efecto muy alto; las estrategias cognitivas negativas $F(1, 50) = 10.18, p = .002, d = 0.89$ también tuvieron un tamaño de efecto alto, respecto a las estrategias o respuestas fisiológicas $F(1, 50) = 19.07, p < .001, d = 1.33$ (también con un tamaño de efecto muy alto). En las estrategias de carácter conductual con una $F(1, 50) = 9.86, p = .003, d = 0.87$, de igual forma se advierte un tamaño de efecto alto.

CONCLUSIONES

Los resultados del primer estudio parecen mostrar una disminución en los factores de riesgo que afectan a la población en pensamientos y actitudes negativas, los pretest y postest se

revisaron mediante la prueba T para medidas relacionadas, esto con el fin de definir las relaciones intrasujetos. También se puede notar un incremento en la cultura ciudadana, traducida en eficacia y cohesión grupal, así como en la participación ciudadana del grupo que estuvo bajo el tratamiento durante las 11 sesiones de trabajo, después de las 44 horas de intervención.

De manera cualitativa, se obtuvieron hallazgos respecto a las relaciones intergrupales, concretamente, en las estrategias cognitivas asertivas de afrontamiento de situaciones sociales conflictivas y en la capacidad de introyección y análisis de sentimientos negativos, con estrategias cognitivo-conductuales durante las sesiones temáticas.

Se encontró una disminución de los problemas de conductas sociales de ansiedad-timidez, timidez-retraimiento y de conductas de corte antisocial.

En síntesis, se pretendía encontrar una reducción importante en la incidencia de mecanismos de defensa al afrontar conductas antisociales y violentas, así como una disminución de miedo social y promover un afrontamiento positivo, reducir las emociones negativas y su sufrimiento corporal al ser somatizadas por los jóvenes para favorecer la disminución de los niveles de estrés postraumático, y obtener una mayor participación ciudadana mediante propuestas de solución a las temáticas de los módulos, bajo la perspectiva particular del colectivo, lo cual se puede aseverar que fue logrado.

Al realizar la segunda fase de análisis de ANOVA entre grupo experimental y grupo control en el posttest se obtienen diferencias de medias significativas con tamaños de efectos altos. Lo más relevante fue que el miedo y el estrés se internan en las personas que las llevan a afrontar la delincuencia de manera poco favorable emocionalmente con afecciones físicas; se buscan en-

tonces soluciones en términos de medidas sociales, prevención y gestión de violaciones de la ley, con la visión de proporcionar la más alta calidad posible de vida en las comunidades donde se controlen los sentimientos de inseguridad y amenazas reales y percibidas en los ciudadanos. Es recomendable que lo anterior se considere para el buen funcionamiento social, dentro de un marco legal para organizar una prestación de seguridad en las relaciones entre los gobiernos, con la participación de la sociedad civil y del sector privado en la provisión de seguridad, paz y cultura en las comunidades y sus juventudes.

Podemos concluir que el programa diseñado para adolescentes de 17 a 21 años de edad validó efectos positivos para un amplio abanico de factores de desarrollo socioemocional, relacionados con la prevención de la violencia y el impulso de la educación en pro del fomento de la cultura ciudadana en jóvenes de contextos vulnerados por la violencia.

REFERENCIAS

- Acosta, S. (2010). Adolescente víctima o victimario: análisis desde la perspectiva psicológica del sistema de responsabilidad penal para adolescentes. *Revista Poiésis*, 20, 4, 5. Disponible en <http://www.funlam.edu.co/poiesis> Base de datos, 7 de diciembre de 2013.
- Álvarez-Cienfuegos, A. y Egea-Marcos, F. (2005). Aspectos psicológicos de la violencia en la adolescencia. *Revista de Estudios de Juventud*, 62, 37-44.
- Barraza, A. (2004). El estrés académico en los alumnos de posgrado. *Revista electrónica de psicología científica*. Recuperado de <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-77-1-el-estres-academico-en-los-alumnos-de-postgrado.html>, 13 de abril de 2016.

- Berenguer, R., Garrido, V. y Montoro, L. (1990). El miedo al delito en Valencia: un estudio psicosocial. *Delincuencia/Delinquency*, 2(2), 169-186.
- Bilsky, W., Borg, I. y Wetzels, P. (1999). La exploración de tácticas para la resolución de conflictos en relaciones: Re-análisis de un instrumento de investigación. *Revista de Psicología Social*, 14, 225-234.
- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for behavioral sciences*. New York: Academic Press.
- Cohen, J. (1992). A Power Primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.
- Dammert, L. y Malone, M. F. (2006). Does it take a village? Policing strategies and fear of crime in Latin America. *Latin America Politics and Society*, 48(4), 27-51.
- Feixa, C. (1998). De jóvenes, bandas y tribus. *Antropología de la juventud*. Barcelona: Ariel.
- Feshbach, N. (1969). Sex differences in children's modes of aggressive responses towards outsiders. *Merrill Palmer Quarterly*, 15, 249-258.
- Martín-Serrano, M. (1998). Factores socioantropológicos: significados que tiene la vinculación que se ha establecido entre juventud y violencia. *Revista de Estudios de Juventud*, 42, 9-14.
- Ortega, S. y Myles, J. L. (1987). Race and gender effects on fear of crime: an interactive model with age. *Criminology*, 25, 133-152.
- Ramos, L. y Andrade, P. (1991). La victimización: miedo, riesgo y gravedad percibidos. Construcción y validación de escalas de medición. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 23(2), 229-246.
- Ruiz, J. I. (2005). Cultura ciudadana: sus dimensiones psicosociales. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 5(1), 59-76.
- Ruiz, J. I. (2007). Cultura ciudadana, miedo al crimen y victimización: un análisis de sus interrelaciones desde la perspectiva del tejido social. *Acta Colombiana de Psicología*.
- Sampson, R. J. y Wilson, W. (1990). Toward a theory of race, crime, and urban inequality. *Crime and Inequality*. Board of Trustees.

- Sánchez-Planell, L. y Prats-Roca (2004). Impulsividad, agresividad y conductas violentas, en *Trastornos de la personalidad*. Barcelona, España: Masson.
- Villarreal, A. y Silva, B. (2006). Social cohesion, criminal victimization and perceived risk of crime in Brazilian neighborhoods. *Social Forces*, 84(3), 1725-1753.
- Vuanello, R. (2006). Un nuevo instrumento de evaluación psicológica: El cuestionario de inseguridad urbana. *Interdisciplinaria*, 23 (1), 17-45.

PRUEBA UACJ

PRUEBA UACJ

CAPÍTULO 2

Autoestima y ansiedad en familiares de adictos reclusos en un centro de sanación integral

*Beatriz Maldonado Santos
Oscar Armando Esparza del Villar*

RESUMEN

El objetivo del presente estudio es analizar la eficacia de un programa de intervención a través del impacto en las variables ansiedad-estado, ansiedad-rasgo y autoestima, en familiares de personas con problemas de adicciones a sustancias ilícitas, reclusos en el Centro de Atención para la Rehabilitación en el Consumo de Drogas, posterior a la implementación del taller “Manejo de conducta y manejo de emociones”, impartido en esta muestra. La muestra quedó conformada por 22 participantes, con una media de edad de 41.68 años ($S = 15.19$), de los cuales 72.7% reporta estar casado y 27.2% sin relación. Respecto a su formación académica, 9.1% terminó la universidad, 40.9% la preparatoria y 50% la educación básica. Cabe mencionar que 68% quedó conformado por mujeres; de éstas, 50% se dedica al hogar y 31.8% al área laboral. Los instrumentos utilizados fueron: el Inventario de Ansiedad IDARE, constituido por las subescalas de ansiedad-ras-

go y ansiedad-estado, con una consistencia interna de $\alpha = .92$ tanto para el pretest, como para el posttest. Se empleó también la Escala de Autoestima de Rosenberg, validada previamente en población mexicana.

RESULTADOS

La ansiedad-estado fue estadísticamente significativa, $T(20) = 2.205$, $p < 0.05$, con una d de Cohen = 1.34, considerada como grande. La ansiedad-rasgo fue estadísticamente significativa, $T(20) = 3.305$, $p < 0.05$, d de Cohen = 1.88. La autoestima fue significativa, con una $T(20) = -3.324$, $p < 0.05$, con una d de Cohen = 2.68, donde el efecto es considerado grande. Se observan diferencias importantes en el análisis de medidas repetidas entre el pretest y el posttest, en las variables ansiedad-estado, ansiedad-rasgo y autoestima, por lo que se concluye que el taller logró impactar.

Palabras clave: autoestima, adicciones y ansiedad.

INTRODUCCIÓN

A través del tiempo, se han utilizado diversas sustancias para modificar o distorsionar emociones, percepción y conducta, con diversos objetivos que van desde los buscados por rituales, hasta los que muestran fines médicos y de salud. En estas sustancias, se reconoce el uso prolongado, las grandes cantidades, los motivos erróneos para su uso y la falta de supervisión como factores determinantes en las problemáticas que aquejan, tanto al consumidor como a la familia y a la sociedad. Es aquí

donde radica la preocupación por el consumo indebido de sustancias que no cuentan con una adecuada prescripción médica, supervisión o control, lo cual desde 1973 ha sido considerado por la OMS (1973) como un problema de salud pública.

Lo anterior remite a pensar en numerosos programas de prevención, en busca de la eliminación del consumo de sustancias ilícitas, resultando imposible dejar de lado a la familia, la cual juega un papel importante en la búsqueda de soluciones, y en caso contrario genera problemáticas que fomentan el consumo de estas sustancias. Las dinámicas familiares y esquemas cognitivos son capaces de regular, de manera significativa, la percepción del consumo de sustancias ilícitas, sin olvidar la gran influencia que ejerce el estado emocional (Graña, 1994).

Al realizar un recorrido por la eficacia de programas de prevención dirigidos a padres, Kumpfer y Johnson (2007) dan cuenta de que son pocos los programas que han sido comprobados y elaborados pensando en padres de hijos adictos a las drogas, existiendo un número mayor de programas dirigidos a hijos de padres adictos; entre éstos resalta el Programa de Fortalecimiento Familiar (SPF), el cual ha reportado mejorías en las habilidades de los padres, así como en los diagnósticos de ansiedad, lo cual brindó el sustento y respaldo en el diseño del taller enfocado al manejo conductual y emocional, dirigido a los padres y madres, que cuentan con un hijo que recibe atención dentro del Centro de Atención para la Rehabilitación en el Consumo de Drogas, el cual busca brindar herramientas desde las bases de la terapia cognitivo-conductual, asociando la educación emocional, con el fin de permitir un adecuado manejo de conducta y emociones en los padres que provoquen un cambio en los niveles de ansiedad y autoestima.

El reporte de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) en 2013 considera el consumo de distintos tipos de sustancias ilícitas como un problema social y sanitario que afecta al mundo; la heroína y el opio los consumen 16.5 millones de personas, aproximadamente, entre las edades de 15 a 64 años, con una incidencia de mayor consumo en países como Asia, Europa y América del Norte; el uso de cocaína, sedantes y tranquilizantes incrementa en 60% y estima que en 2011 hubo, aproximadamente, 211 mil muertes a consecuencia del consumo de drogas, ubicando a los jóvenes como los mayores consumidores y a los opioides como los responsables de la mayoría de estas muertes.

Distintos países mantienen ya una lucha contra la propagación de las drogas, generando costos de aproximadamente más de 1.6 millones de vidas en el mundo (OMS, 2002). La UNODC reportó que en México en el año de 2011 se incautó la mayor cantidad de metanfetaminas, la cual duplicó de 13 a 31 toneladas en tan sólo un año, superando con estas cifras a países como Estados Unidos (UNODC, 2013); convirtiéndose en un problema al permanecer la droga por tiempos prologados en el país en espera de nuevas estrategias para lograr el cruce ilegal a Estados Unidos, incrementando su consumo en los habitantes de la localidad fronteriza.

Pese a este panorama tan pesimista, México ha iniciado una lucha contra el narcotráfico que ha costado, sólo en el año 2008, 14 mil muertes violentas, donde 18.6% ocurrió en el estado de Chihuahua y en éste, 61% en Ciudad Juárez, mientras que 11.35% en el ámbito nacional, según datos otorgados en 2010 por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Asimismo, se reportó que al finalizar 2008, las muertes violentas

en Ciudad Juárez incrementaron en 508% en relación con el año 2007 (Monárrez, 2009).

Esta lucha no se ha centrado únicamente en las detenciones de narcotraficantes; en la misma medida, también ha apostado tanto a la prevención como al tratamiento de las adicciones con una inversión de más de 6 mil 600 millones de pesos, construyendo 335 centros de atención primaria llamados Centros Nueva Vida en distintos municipios, con el respaldo del programa sectorial de salud (2007-2012) y en cumplimiento de la Ley General de Salud, la cual desde 1984 dicta el derecho a la salud integral, refrendado en la última reforma publicada en el *Diario Oficial de la Federación* (DOF, 25-01-2013).

Lo anterior busca luchar contra las cifras reportadas, ya que en el año 2009, con la colaboración de 20 entidades federativas, se reportó un total de 18,724 defunciones, de las que 4,562 sucedieron bajo la influencia de sustancias; de este número, 32.4% aconteció en el estado de Chihuahua. Los servicios de urgencias reportaron, en el mismo año, en 167 hospitales, un total de 16,431 pacientes atendidos, y sólo 3.4% a consecuencia de los efectos del consumo de sustancias, destacando que más de una tercera parte refirió haber usado alguna droga en los últimos 30 días, esto según la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC, 2011).

Es importante destacar que, desde 1980, México ha mostrado atención a la vigilancia epidemiológica de las adicciones, realizando estudios, tanto nacionales como urbanos, rurales, así como en lo regional y estatal, los cuales arrojan un aumento significativo en el consumo de drogas ilegales, mayormente marihuana y metanfetaminas. En esta misma línea, los centros de atención ubicados en la frontera con Estados Unidos reportan datos altos en el consumo de heroína (CONADIC, 2012).

Estas cifras reflejan la falta de atención y de instancias que brinden servicios de tratamientos al problema de drogodependencia, ya que de acuerdo con la UNODC (2013), solamente se le ha brindado atención a uno de cada seis consumidores, mostrando particularidades que llevan a concluir que el consumo de drogas no está destinado exclusivamente a una edad determinada, a un sexo en específico o a un nivel socioeconómico y que no sólo afecta al consumidor, sino a su entorno próximo, como su familia y su barrio. Por tal motivo, nos encontramos ante un tema que requiere atención, resaltando que las personas que se encuentran bajo los efectos del alcohol y las drogas se tornan agresivas y peligrosas, ya sea durante el consumo o en el periodo de abstinencia, lo que incrementa la ira, foga-sidad y comportamientos violentos, y terminan por afectar a las personas próximas de manera física, emocional, intelectual, espiritual y social (Salazar, 2008; UNODC, 2013).

Las estadísticas mencionadas a lo largo de este documento sobre el consumo de sustancias ilícitas brindan respaldo al notable incremento de problemas y violencia, generado al interior del núcleo familiar donde tanto el consumidor sufrió o sufre múltiples agresiones en las mismas dimensiones en las que agrede, ya que, como menciona Salazar:

[...] el que perpetua la violencia fue violentado en un entorno familiar y social pasado [...] con una historia de aprendizaje vital; buscando sentimientos de bienestar, alegría, felicidad y una oportunidad de dejar fuera los problemas; sin considerar que en la realidad el consumo de estas sustancias es el responsable de trastornos en el área emocional y mental, lo que sólo ocasiona problemas mayores, de agresión y violencia (Salazar, 2008, p. 26).

Por otra parte, al interior del núcleo familiar emergen las formas de interacción y comportamiento de los miembros de la sociedad, por ende, es de suma importancia abordar la intervención y atención a los consumidores de sustancias ilícitas a la par de un trabajo conjunto con las familias.

La familia enfrenta problemáticas asociadas a la adicción y rechazo, es ahí donde se centra la importancia de observar la autoestima y la ansiedad de las personas que tienen a un miembro de su familia en algún centro de rehabilitación, ya que son precisamente ellos quienes darán sustento al cumplimiento exitoso del tratamiento, siendo mejor el apoyo que se brinda con una autoestima sana y ansiedad controlada.

En estos casos, el papel de la familia se torna importante ante el riesgo de iniciar o continuar con el consumo de sustancias ilícitas, que podría presentar alguno de sus miembros. Es por ello fundamental el apoyo de los padres o miembros de la familia (Wills, McNamara, Vaccaro y Hirky, 1996).

Numerosos documentos hacen referencia a la importancia de incluir, en los programas de prevención, estrategias dirigidas a padres, con el objetivo de lograr no sólo una educación sobre las drogas, sino mejores relaciones familiares y buena crianza (Ashery, Robertson, Kumpfer, 2012), siempre en busca de una eficaz comunicación, participación y apoyo entre padres e hijos(as) (Kosterman, Hawkins, Spoth, Haggerty y Zhu, 1997; Spoth, Redmond, Shin y Azevedo, 2004), ya que el involucramiento de los padres es fundamental en la prevención y rehabilitación del abuso de sustancias ilícitas. Todo esto se puede alcanzar a través de capacitación dirigida a padres para el establecimiento de reglas, la supervisión y el acompañamiento en las actividades de sus hijos(as), así como el control de la conducta sin desatender el área emocional (Kosterman, Hawkins,

Haggerty, Spoth y Redmond, 2001). Estas intervenciones dirigidas a la familia impactan positivamente a los padres y madres y por ende a los hijos (Spoth, Redmond, Trudeau y Shin, 2002).

Es importante señalar que los distintos centros de atención integral, en la lucha contra las adicciones mediante tratamientos, centran el éxito de sus programas y trabajo en la terapia cognitivo-conductual (TCC), junto con un esfuerzo multidisciplinar, lo cual ha brindado mejores resultados, sin lograr aún impactar significativamente en el rubro de reincidencias en el consumo. El objetivo central de la TCC es reconocer la existencia de una fuerte relación, tanto en lo cognitivo de los consumidores, como en otras esferas, es decir, en sus pensamientos, sus sentimientos y su comportamiento (Llorente del Pozo e Iraurgi-Castillo, 2008; Secades y Fernández, 2001).

En sí, las bases para llevar a cabo esta terapia se encuentran en lo que dicta la teoría del aprendizaje conductista con una fuerte consideración del condicionamiento clásico y operante. De igual manera, rescata la teoría de aprendizaje social cognitivo, con mayor aportación del aprendizaje observacional, el modelado, y considera como determinantes del comportamiento a las expectativas cognitivas, es decir, los pensamientos de los consumidores, la manera en que estructuran sus esquemas cognitivos, sus creencias, así como las actitudes y atribuciones que muestran ante la adicción o el uso de sustancias ilícitas que impactan en lo emocional e influyen como antecedente en su actuar (Llorente del Pozo e Iraurgi-Castillo, 2008).

Hablar de terapias contra las adicciones dentro de la localidad nos sitúa en distintos centros de rehabilitación que atienden a personas adictas; tal es el caso de la asociación civil en la cual se impartió el taller, que brinda atención desde hace 12 años. Durante este tiempo, terminó el proceso de atención de

10,830 personas, ya que es un centro de terapia intensiva para la sanación integral de personas que han caído en adicciones y conductas destructivas. Su labor se centra en “buscar contribuir, para que el ser humano cambie su manera de vivir y encuentre un nuevo sentido de vida, que lo lleve a ser útil y feliz”. Todo esto lo lleva a cabo persiguiendo y compartiendo sus valores centrales como son el trato digno, el respeto y el amor con firmeza. En la institución se trabaja con un equipo multidisciplinar por medio de un programa que se distribuye en tres etapas fundamentales: la primera es la rehabilitación física, en la que se lleva a cabo un proceso de desintoxicación que busca recobrar el estado de atención y conciencia; la segunda es de sanación integral, en la que se pretende enseñar a curar las enfermedades emocionales, mentales y del espíritu que le han sucedido al usuario en el transcurso de la vida; y por último, una tercera etapa se centra en el desarrollo de habilidades para la vida y en la consolidación de hábitos.

Entre las limitaciones a las que nos enfrentamos en la realización de la presente investigación fueron: el factor tiempo, ya que se contó sólo con un periodo de cuatro meses para planeación, puesta en marcha y obtención de los resultados (desde la gestión de los permisos, recursos y espacios directamente con la institución, atendiendo en su totalidad la intervención con recursos personales). Esto además de que existen escasos reportes de investigación respecto a la eficacia de talleres dirigidos exclusivamente a padres de adictos. Otro aspecto importante a considerar fue la etapa vulnerable en la que se encontraban los padres de los usuarios, ya que su familiar vivía dentro de la institución, ya fuera por voluntad propia o como requerimiento de la ley, y por último, también influyó la poca participación e interés por parte de los participantes.

OBJETIVO GENERAL

El objetivo se centra en el análisis de la eficacia del programa de intervención, dirigido a familiares de adictos reclusos en un centro de sanación integral ubicado en Ciudad Juárez, donde se buscó impactar positivamente en la autoestima y ansiedad de los participantes, a través de la aportación de estrategias y herramientas para el manejo conductual y emocional de su familiar con problemas de adicción.

Objetivos específicos

- Explorar la modificación que sufre la variable ansiedad-estado a consecuencia de la implementación del programa de intervención en su modalidad taller, dirigido a familiares de adictos varones reclusos en el centro de sanación integral.
- Indagar la modificación que sufre la variable ansiedad-rasgo a consecuencia de la implementación del programa de intervención, en su modalidad taller, dirigido a familiares de adictos varones reclusos en el centro de sanación integral.
- Conocer la modificación que sufre la variable autoestima a consecuencia de la implementación del programa de intervención, en su modalidad taller, dirigido a familiares de adictos varones reclusos en el centro de sanación integral.

HIPÓTESIS

- H_{1j} . Los familiares de adictos varones reclusos en un centro de sanación integral que participen en el programa de

intervención, en su modalidad taller, mostrarán una disminución en la variable ansiedad-estado.

- H_{i_2} . Los familiares de adictos varones reclusos en un centro de sanación integral que participen en el programa de intervención, en su modalidad taller, mostrarán una disminución en la variable ansiedad-rasgo.
- H_{i_3} . Los familiares de adictos varones reclusos en un centro de sanación integral que participen en el programa de intervención, en su modalidad taller, mostrarán un aumento en la variable autoestima.

METODOLOGÍA

El presente trabajo se centra en un modelo cuantitativo con un diseño no experimental, estudio de campo exploratorio de corte transeccional.

La población que se consideró para la realización de este estudio se conformó por familiares directos, como son el padre, la madre y los hermanos(as) que contaban con un familiar internado en el centro de sanación integral ubicado en Ciudad Juárez.

La muestra se conformó como no probabilística intencional de participación voluntaria de familiares directos o significativos, quienes contaban con al menos un miembro internado en el centro de sanación integral ubicado en Ciudad Juárez. Los criterios de inclusión fueron: contar con al menos un familiar dentro de la institución, el cual no estuviera próximo a concluir su proceso, mostrar un compromiso e interés por participar y acudir a los talleres.

Para la realización de este estudio se solicitó apoyo a la institución que brinda atención en la rehabilitación del consumo de sustancias ilícitas; a la par se inició una búsqueda documental exhaustiva, además se realizaron entrevistas con especialistas, los cuales brindaron orientación y herramientas valiosas. Posteriormente, se definieron los objetivos de investigación e intervención, para dar paso a la selección de los instrumentos apropiados. Una vez que se contó con la aceptación por parte de la institución, se procedió a invitar a los posibles candidatos para la participación, a quienes se les citó para una primera aplicación de los instrumentos a utilizar, y se realizó la aplicación en un primer momento de estos instrumentos en un pretest. Luego, se impartió un total de cinco módulos de taller, manejo conductual y emocional y, posterior al término del taller, se dio un periodo de descanso para poder aplicar en un segundo momento el postest, lo que permitió medir los cambios en las variables estudiadas a partir del taller implementado.

Una vez concluidas estas etapas, se procedió a la captura y al análisis estadístico de los resultados por medio del programa computacional SSPS en su versión 24, y a la par se realizó el análisis teórico, con el fin de dar paso al reporte en forma gráfica de éstos y por último a la elaboración de la discusión y conclusiones a las que se pretendía llegar.

En cuanto a los instrumentos, se aplicó en un primer momento un cuestionario sobre variables sociodemográficas, en el cual se preguntó la edad, el sexo, el estado civil, la formación académica y la ocupación.

En relación con las variables ansiedad-estado y ansiedad-rasgo se aplicó el Inventario de Ansiedad: rasgo-estado (IDARE, versión en español del STAI), el cual está constituido por dos escalas de autoevaluación separadas que se utilizan para

medir las dos dimensiones. Cada escala de ansiedad-rasgo y ansiedad-estado consta de 20 afirmaciones en las que las respuestas son de tipo Likert, en las que van de *no en lo absoluto a mucho* (Spielberguer y Díaz Guerrero, 1975). En esta aplicación se obtuvo una consistencia interna de $\alpha = .92$ tanto para el pre-test, como para el postest.

Para medir la variable autoestima se utilizó la Escala de Autoestima de Rosenberg (1965), conformada por 10 reactivos que se contestan en una escala tipo Likert de cuatro opciones, las cuales van desde *extremadamente de acuerdo a extremadamente en desacuerdo*. Cinco reactivos fueron redactados en forma positiva y cinco en forma negativa. Se trata de una escala de autoaplicación en la que los participantes eligen las respuestas que más los identifican. En esta aplicación se obtuvo una consistencia interna de $\alpha = .73$, siendo confiable para este estudio por el tamaño de la muestra.

La variable ansiedad se puede definir como el sentimiento de miedo, desasosiego y preocupación, y no siempre es conocida la razón que lo ocasiona; en esta misma perspectiva, fue definida la variable ansiedad-rasgo. Para fines de este estudio, se consideró la variable ansiedad dividida en dos tipos: la ansiedad-estado y la ansiedad-rasgo; por ansiedad-estado se entiende aquella condición emocional por la que transita el organismo humano, y los sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos son percibidos conscientemente, a consecuencia de un aumento en la actividad del sistema nervioso autónomo, con la posibilidad de variaciones en la intensidad y fluctuaciones en el tiempo. Por otro lado, la ansiedad-rasgo es entendida como referencia de las diferencias individuales, que se mantienen relativamente estables en cuanto a la ansiedad. Por último, la variable autoestima es un fenómeno interpersonal derivado

de la percepción que una persona tiene de sí misma y de sus ideales sociales y culturales. Se trata de un sentimiento personal, ya sea positivo o negativo, obtenido de la autoevaluación.

Una vez definidas las variables, es importante mencionar que el impacto dirigido a ellas se buscó a través del taller de manejo conductual y emocional para padres, madres y personas significativas relacionadas con los usuarios del centro. Dicho taller constó de cinco módulos, divididos de la siguiente manera:

- Módulo 1. Teoría sobre el manejo conductual,
- Módulo 2. Práctica sobre el manejo conductual.
- Módulo 3. Teoría sobre manejo emocional.
- Módulo 4. Práctica sobre el manejo emocional.
- Módulo 5. Cierre e integración de saberes.

La muestra aleatoria de participación voluntaria se compuso de 22 familiares de usuarios que estaban recibiendo atención integral contra las adicciones.

RESULTADOS

Con base en los datos demográficos recabados, de los 22 participantes, 15 pertenecen al sexo femenino y 7 al sexo masculino, con un rango de edad de 19 a 66 años, y una media de edad de 41.6 años, porcentaje del cual 72.7% reportó estar casado, mientras que 27.2% declaró vivir en unión libre. Por otro lado, 9.1% de los familiares señaló tener estudios universitarios terminados, 40.9% estudios de educación media superior y 50% manifestó tener estudios concluidos de educación básica. El porcen-

taje de mujeres de la población fue de 68%, entre éstas 50% se dedica al hogar, mientras que 18% se ubica dentro del área laboral. En cuanto a los varones, que conformaron 31% de la población estudiada, se encontraban económicamente activos en su totalidad.

Para la realización del análisis estadístico se realizó una prueba T de muestras relacionadas, con el fin de hacer la comparación de las medias en dos tiempos distintos: una primera aplicación del pretest (previo al taller) y, una vez concluido el taller, se llevó a cabo el postest, para finalmente realizar los análisis estadísticos.

Prueba de muestras relacionadas

	Media	N	Desviación estándar
Ansiedad Estado T1	45.43	21	13.963
Ansiedad Estado T2	37.10	21	13.740
Ansiedad Rasgo T1	49.29	21	10.006
Ansiedad Rasgo T2	40.90	21	9.380
Autoestima T1	31.68	22	3.257
Autoestima T2	34.86	22	2.007

- El análisis arrojó que la efectividad del tratamiento para favorecer la ansiedad-estado del grupo fue estadísticamente significativa, $T(20) = 2.205$, $p < 0.05$ (véase la tabla anterior para las medias); el tamaño de efecto calculado con la d de Cohen = 1.34, el cual es considerado grande.
- La efectividad del tratamiento para favorecer la ansiedad-rasgo del grupo fue estadísticamente significativa, $T(20) = 3.305$, $p < 0.05$ (véase la tabla anterior para las medias); el tamaño de efecto calculado con la d de Cohen = 1.88, el cual es considerado grande.

- La efectividad del tratamiento para favorecer la autoestima del grupo fue estadísticamente significativa, $T(21) = -3.324$, $p < 0.05$ (véase la tabla anterior para las medias); el tamaño de efecto calculado con la d de Cohen = 2.68, el cual es considerado grande.

CONCLUSIÓN

De acuerdo con los datos arrojados del análisis estadístico, se puede concluir que la implementación del taller de intervención “Manejo de conducta y manejo de emociones”, dirigido a familiares de adictos reclusos en un centro de sanación integral ubicado en Ciudad Juárez, logró cumplir el objetivo de impactar positivamente en la autoestima y ansiedad de los participantes, proporcionando algunas estrategias y herramientas para el manejo conductual y emocional tanto de su familiar con problemas de adicción, como del resto de sus hijos(as) o familiares cercanos.

Es posible concluir que la primera hipótesis de investigación que dicta: “Los familiares de adictos varones reclusos en un centro de sanación integral que participen en el programa de intervención, en su modalidad taller, mostrarán una disminución en la variable ansiedad-estado” se acepta, mientras que la hipótesis nula se rechaza. Respecto a la segunda hipótesis de investigación que dice: “Los familiares de adictos varones reclusos en un centro de sanación integral que participen en el programa de intervención, en su modalidad taller, mostrarán una disminución en la variable ansiedad-rasgo”, también se concluye que se acepta, rechazando su hipótesis nula correspondiente. A su vez, se afirma la tercera hipótesis: “Los familiares de adictos

varones recluidos en un centro de sanación integral que participan en el programa de intervención, en su modalidad taller, mostrarán un aumento en la variable autoestima”.

Para que los resultados sean más concluyentes e impacten de una manera más efectiva, se recomienda un taller que se imparta a una mayor población, así como por un periodo más largo de tiempo. De igual manera, se recomienda incluir personas que tengan a su familiar interno en la etapa intermedia para que el miedo de dejarlos solos en una institución (reportado por los propios familiares) no impacte los resultados como una variable extraña.

Es importante mencionar que algunos de los participantes tenían su residencia entre Estados Unidos y Ciudad Juárez, por tal motivo, los tiempos y la asistencia se vieron afectados. Asimismo, debido a que la plática se realizó durante el periodo y horario de visitas, sólo pudo participar un miembro por familia y no todo el grupo, con lo cual se habría logrado un impacto mayor.

REFERENCIAS

- Ashery, R. S.; Robertson, E. B.; y Kumpfer, K. L. (eds.) (1998). Drug abuse prevention through family interventions. *NIDA Research Monograph*, 177. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Conadic (2011). *Encuesta Nacional de Adicciones: Reporte de alcohol*. México: INPRFM. Recuperado de www.inprf.gob.mx
- Conadic (2012). *Encuesta Nacional de Adicciones: Reporte de drogas*. México: INPRFM. Recuperado de www.inprf.gob.mx
- Diario Oficial de la Federación*, 25 de enero de 2013.

- Graña, J. L. (1994). *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate.
- INEGI (2010). *Mortalidad, estadísticas sociodemográficas (1994-2008)*. México. Recuperado de <http://www.inegi.gob.mx>
- Kosterman, R.; Hawkins, J. D.; Spoth, R.; Haggerty, K. P., y Zhu, K. (1997). Effects of a preventive parent-training intervention on observed family interactions: Proximal outcomes from preparing for the drug free years. *J Community Psychol*, 25(4), 337-352.
- Kosterman, R., Hawkins, J. D., Haggerty, K. P., Spoth, R., y Redmond, C. (2001). Preparing for the drug free years: Session-specific effects of a universal parent-training intervention with rural families. *J Drug Educ* 31(1), 47-68.
- Kumpfer, K. L. y Johnson, J. (2007). Strengthening family interventions for the prevention of substance abuse in children of addicted parents. *Adicciones*, 11(1), 1-13.
- Llorente del Pozo e Iraurgi-Castillo (2008). Tratamiento cognitivo conductual aplicado en la deshabitación de cocaína. *Trastornos Adictivos*, 10(Issue 4), 252-274. doi: 10.1016/S1575-0973(08)76374-8.
- Monárrez, F. (2009). Ciudad Juárez, tiradero nacional de muertos: entre el discurso del guerrero y el caballero. Presentado inicialmente como ponencia en la quinta sesión del *Seminario Interdisciplinario de Estudios de Género: El homicidio masculino una mirada desde la medicina forense, el género y la crisis social*. Ciudad Juárez.
- Organización Mundial de la Salud (1973). *Comité de expertos de la oms en farmacodependencia*, 20ª informe.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud. Resumen*. Recuperado de http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_es.pdf, 21 de septiembre de 2009
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princenton, NJ: Princenton University Press.

- Salazar, E. (2008). Violencia intrafamiliar y social bajo la influencia del alcohol y las drogas. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 10(2), 7-38. Bogotá, Colombia.
- Secades, R. y Fernández, J. R. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13, 365-380. Universidad de Oviedo.
- Spielberger, Ch. y Díaz Guerrero, R. (1975). IDARE, *Inventario de ansiedad rasgo-estado*. México: El Manual Moderno.
- Spoth, R., Redmond, C., Shin, C., y Azevedo, K. (2004). Brief family intervention effects on adolescent substance initiation: School-level growth curve analyses 6 years following baseline. *J Consult Clin Psychol*, 72(3), 535-542.
- Spoth, R. L., Redmond, C., Trudeau, L., y Shin, C. (2002). Longitudinal substance initiation outcomes for a universal preventive intervention combining family and school programs. *Psychol Addict Behav*, 16(2), 129-134.
- United Nations Office on Drugs and Crime (2013). *World Drug Report*. New York: United Nations.
- UNODC (2013). *Informe mundial sobre las drogas. Resumen ejecutivo*, V.13-83706 (S).
- Wills, T., McNamara, G., Vaccaro, D., y Hirky, A. (1996). Escalated substance use: A longitudinal grouping analysis from early to middle adolescence. *J Abnorm Psychol*, 105, 166-180.

PRUEBA UACJ

CAPÍTULO 3

Impacto de la capacitación en el Modelo Transteórico del Cambio para mejorar la calidad del desempeño de practicantes de nutrición en la clínica del Instituto de Ciencias Biomédicas de la UACJ

Graciela Cristina Avitia

Yolanda Loya Méndez

Verónica Portillo Reyes

Gilberto Reyes Leal

PRUEBA

RESUMEN

El tratamiento nutricional de la obesidad es uno de los que mayor índice de fracaso presenta. Con el propósito de promover la comprensión de los nutriólogos sobre la intervención motivacional de acuerdo con el Modelo Transteórico (MT) como herramienta para identificar la fase de cambio en la modificación de hábitos en que se encuentran sus pacientes, así como incrementar la motivación intrínseca de los nutriólogos hacia su práctica profesional y el estudio de la nutrición, se realizó un taller teórico-práctico con una duración de 10 horas, divididas en tres sesiones semanales. Su diseño fue preexperimental con una muestra de 22 alumnos en prácticas profesionales, cuya media de edad fue de 23.14 (\pm

2.38). Los instrumentos utilizados fueron: un cuestionario para medir los conocimientos sobre intervención motivacional del MT, la escala de motivación deportiva adaptada hacia la motivación para el estudio de nutrición y la escala de motivación situacional para medir la motivación para participar en el taller y hacia la práctica profesional. Se analizaron los datos mediante pruebas T de Student de medidas repetidas antes y después del taller. Los resultados mostraron un aumento estadísticamente significativo en el cuestionario de conocimientos, en la motivación intrínseca por realizar el taller y hacia las prácticas profesionales en el postest. Hubo disminución significativa en la motivación extrínseca hacia el taller y el estudio de nutrición en el postest, en comparación con el test inicial. Como conclusión, este taller puede ser útil para los futuros profesionales en nutrición, ya que mostró un incremento en la motivación intrínseca hacia su práctica clínica y un decremento en la motivación extrínseca en cuanto a su carrera.

Palabras clave: Modelo Transteórico del Cambio, modificación de hábitos alimenticios, motivación y obesidad.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades por malnutrición, particularmente por exceso de peso, obesidad y sobrepeso, son altamente prevalentes en la actualidad (Malik, Willett y Hu, 2013). México ocupa el segundo lugar en obesidad en el mundo, según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE, 2014). Ambas condiciones pertenecen al grupo de las enfermedades complejas multifactoriales (Calañas-Contiente, Arrizabala-

ga, Caixàs y Cordido, 2010), por lo que el enfoque terapéutico debe ser interdisciplinario.

Uno de los objetivos esenciales en toda intervención nutricional es la modificación de hábitos de alimentación y estilo de vida (Secretaría de Salud, 2013). Para lograr y mantener los objetivos planteados es necesario establecer un esquema con reforzamiento continuo y adecuado de los conocimientos y prácticas de una alimentación saludable (Mastellos *et al.*, 2014). Sin embargo, los tratamientos empleados no han podido frenar la prevalencia de obesidad (García-García *et al.*, 2008).

Uno de los principales factores de la ineficacia de estos esfuerzos es la falta de adherencia de los pacientes al tratamiento (Sámano, 2011). Ésta se refiere a que el paciente no cumple las indicaciones del personal de salud (Katz, Cappelletti, Viñuales, De la Plaza, Langelotti, Lerotich, Pentreath, 2010) y no se adapta a los cambios recomendados (Jiménez-Cruz *et al.*, 2009). Otros autores la definen como la voluntad de los pacientes de participar activamente en resolver sus propios problemas y hacer cambios en su dieta (Guimaraes *et al.*, 2013).

Algunos de los factores que pueden influir en la poca adherencia al tratamiento se deben a la conducta del paciente, como la mala organización del tiempo y problemas con la accesibilidad al tratamiento (Brosens, 2009). También contribuyen aspectos psicológicos, económicos, culturales y medioambientales (Schechter y Walker, 2002), tales como el tiempo requerido para el tratamiento, el ajuste de horarios, la insatisfacción con los resultados, el cambio de clínica y la demora en la atención (Nogueira y Zambon, 2013).

Según Duncan *et al.* (2011), sólo un tercio de los pacientes que acuden a tratamiento para la disminución de peso logran mantenerlo. El resto recupera el peso inicial al año, y la mayo-

ría de éstos a los cinco años debido al abandono de las medidas higiénico-dietéticas, por lo que también se considera falta de adherencia al tratamiento.

Datos similares se encontraron en un estudio para el tratamiento nutricional en personas con sobrepeso y obesidad, donde sólo se obtuvo 32% de adherencia sin importar el sexo, la edad y el nivel socioeconómico (González *et al.*, 2007). La falta de adherencia al tratamiento nutricional es común también en la diabetes mellitus tipo 2, como lo demuestra el estudio de Lancheros, Pava Cárdenas y Bohórquez (2010), donde sólo 30% de 30 pacientes se adhirió a la prescripción calórica.

Estos estudios indican que la falta de adherencia al tratamiento nutricional es un problema relevante que requiere el establecimiento de medidas para evitarlo. Se considera que el nutriólogo necesita emplear estrategias y herramientas para inducir la modificación permanente de hábitos alimentarios del paciente, de tal manera que éste sea capaz de elaborar sus propios menús sin depender del nutriólogo (Notimex, 2017). Se ha demostrado que, para mantener la adherencia al tratamiento en pacientes con obesidad, es recomendable reforzar la motivación como parte del tratamiento (Silva, Galeano y Correa, 2005). Para ello, se necesita que los profesionistas que tienen el primer contacto con el paciente posean habilidades comunicativas que les permitan enfrentarse a la problemática del paciente (Makoul, Arntson y Schofield, 1995).

En este tipo de patologías es común que quien está más en contacto con el paciente sea un licenciado en nutrición que por lo regular no tiene una capacitación que le permita identificar la falta de motivación, a partir de lo cual pueda poner en práctica habilidades para empatizar con el paciente y motivarlo a cambiar.

Torres (2015) enfatiza que la Licenciatura en Nutrición del Centro Universitario de Ciencias de la Salud capacita a sus estudiantes interdisciplinariamente, pero no se menciona la capacitación para el trato con el paciente y cómo motivarlo. La comunicación profesional de la salud-paciente debe ser horizontal para que el paciente comprenda su enfermedad, se sienta escuchado y participe en su tratamiento. El objetivo no es que el nutriólogo actúe como psicólogo, sino que sea capaz de encontrar la estrategia más adecuada para promover la adherencia al tratamiento e identificar la necesidad, cuando exista, de tratamiento psicológico.

En la clínica de nutrición del Instituto de Ciencias Biomédicas (ICB) de la UACJ se cuenta con un esquema de intervención nutricional enfocado preferentemente al cambio de hábitos, durante el cual los pacientes acuden a un mínimo de cinco citas con duración de 45 minutos a una hora en intervalos de dos semanas. La atención la proporcionan los estudiantes de los últimos semestres como parte de su práctica profesional, quienes son estrechamente supervisados por los docentes responsables.

Uno de los problemas que se han identificado en la clínica es la falta de adherencia al tratamiento, ya sea porque los pacientes dejan de asistir o simplemente porque no cumplen con las recomendaciones y el plan de alimentación prescrito. La eficacia en el tratamiento de los pacientes atendidos en el periodo de un año fue baja. Sólo 45% de los pacientes cumplió con las cinco citas y dos terceras partes de ellos no cumplió parcial o totalmente los objetivos establecidos al inicio del tratamiento.

Con el objetivo de fomentar mayor adherencia y eficacia en el proceso de atención, se planteó llevar a cabo una intervención en un grupo de practicantes de nutrición que presta servicio en la clínica del ICB. Se propuso que se considerara

la motivación profesional y los conocimientos del modelo de abordaje como los dos aspectos relevantes en la eficacia del tratamiento nutricional.

Un modelo para motivar a los pacientes al cambio de hábitos debe incluir estrategias para quienes no están dispuestos o motivados al cambio, para quienes ya están involucrados y para quienes tienen recaídas. Se debe promover que los incentivos estén enfocados en el propio individuo y que sean intrínsecos y orientados al logro (Nigg *et al.*, 2011). Uno de estos modelos es el Modelo Transteórico del Cambio (Prochaska y Velicer, 1997).

La motivación puede ser vista como algo que se hace y no como algo que se tiene, ya que involucra el reconocimiento de un problema, la búsqueda del cambio, comenzar y engancharse con la estrategia o el cambio propuesto (Miller, 1995). Coincidiendo con este término, Pintrich y Schunk (2002) la describen como un proceso dirigido hacia la meta que la incita y la mantiene (como se citó en Aguilera *et al.*, 2011). Estar motivado se refiere a moverse para hacer algo, a quien no siente inspiración para actuar se le conoce como inmotivado (Ryan y Deci, 2000).

Asimismo, la motivación se puede dividir en intrínseca y extrínseca. Cuando los individuos están motivados intrínsecamente, se enganchan libremente a una actividad, simplemente por el goce que conlleva más que por obtener una recompensa (Deci y Ryan, 1985; Finkelstien, 2009; Ryan y Deci, 2000). En cambio, la motivación extrínseca se desarrolla para realizar las actividades sociales, como hacer tarea. Se llama extrínseca porque la mayoría de las veces no hay un interés inherente, se hace algo porque trae consigo alguna recompensa (Ryan y Deci, 2000).

La motivación también es vista como multidimensional, ya que involucra factores internos, externos, percepciones y proce-

Los cognitivos, es como una llave para el cambio. La motivación es dinámica, ya que con el tiempo va fluctuando dependiendo de las situaciones, intereses e intensidad. Además, tiene influencia social, puede ser modificada por el profesional y por la misma persona, ya sea por estrés, situaciones personales, evaluación cognitiva y posibles consecuencias negativas (Center for Substance Abuse Treatment, 1999).

OBJETIVO

El objetivo de este estudio es que los practicantes de nutrición del ICB obtengan el conocimiento necesario para lograr identificar en qué etapa del cambio se encuentran sus pacientes y puedan elegir las estrategias necesarias para brindar una intervención adecuada en el cambio de hábitos alimentarios. Así como fomentar la motivación intrínseca de los practicantes sobre su carrera y prácticas profesionales para promover un cambio de hábitos saludables en sus pacientes.

HIPÓTESIS

- H₁. Los participantes tendrán mayor conocimiento sobre la intervención motivacional después de haber tomado el taller.
- H₂. Las puntuaciones de motivación intrínseca para estudiar nutrición aumentarán significativamente después de tomar el taller.
- H₃. La motivación intrínseca de los participantes ante su práctica profesional aumentará significativamente después de tomar el taller.

- H₄. La motivación extrínseca para participar en el taller disminuirá significativamente después de haberlo cursado.

METODOLOGÍA

Diseño

El diseño de este estudio es preexperimental con una muestra no representativa y elegida por conveniencia de estudiantes de la carrera de nutrición de la UACJ que realizaban sus prácticas profesionales en la clínica de nutrición del ICB.

Muestra

La muestra se compuso por 22 alumnos de nivel avanzado de la carrera de nutrición de la UACJ. La media de edad fue de 23.14 (\pm 2.38): 3 (13.6%) hombres y 19 (86.4%) mujeres. Trece (59.10%) de los participantes asistieron a las tres sesiones del taller, 7 (31.8%) dos veces y una persona (9.1%) sólo una vez. Aunque la muestra estuvo formada por 22 participantes, sólo se tomaron en cuenta 15 como muestra final, ya que fueron los que acudieron a todas las sesiones.

Instrumentos

Se diseñó un cuestionario para evaluar los conocimientos que poseían los practicantes de nutrición sobre la intervención motivacional, según el MT en pacientes que desean un cambio de hábitos alimentarios. Esta prueba se basa en 22 preguntas de opción múltiple. La primera parte del cuestionario consiste en medir el conocimiento de conceptos y se evaluó mediante relación de columnas. La segunda parte está basada en peque-

ños casos diseñados para elegir la respuesta correcta. El alfa de Cronbach de este cuestionario en el postest fue de 0.77.

Para efecto de este estudio, se adaptó la escala de motivación deportiva (Pelletier *et al.*, 2007), diseñada para medir la motivación intrínseca, la motivación extrínseca y la amotivación hacia el estudio de nutrición. Con un $\alpha = .88$, dicha escala se compone de siete factores: tres de motivación intrínseca (factor I: para mi conocer, $\alpha = .57$; factor II: para lograr, $\alpha = .84$; y factor III: para experimentar estimulación, $\alpha = .78$); tres de motivación extrínseca (factor IV: regulación identificada, $\alpha = .62$; factor V: regulación introyectada, $\alpha = .73$; y factor VI: regulación externa, $\alpha = .84$); y el factor VII: amotivación, $\alpha = .87$. Es de tipo escala Likert con siete opciones de respuesta. El factor I no se tomó en cuenta para los análisis estadísticos, ya que el alfa fue bajo.

Se utilizó la versión validada en español de Martín Albo, Núñez y Navarro (2009) de la escala de motivación situacional de Deci y Ryan (1985) y se utilizó para medir la motivación de los sujetos para participar en el taller y en la práctica profesional. La escala se divide en cuatro factores: I: motivación intrínseca, II: regulación identificada, III: regulación externa y IV: amotivación. Las alfas de Cronbach en el postest para la situación del taller por factor fueron FI $\alpha = .84$, FII $\alpha = .25$, FIII $\alpha = .92$ y FIV $\alpha = .92$. En el caso de las prácticas profesionales fueron FI $\alpha = .83$, FII $\alpha = .58$, FIII $\alpha = .86$ y FIV $\alpha = .87$. Debido a que el alfa del FII no fue buena en ninguna de las escalas, no se tomó en cuenta para los análisis. Se trató de una escala tipo Likert con siete opciones de respuesta que fueron de *para nada* hasta *exactamente*.

Entre los datos demográficos, se les preguntó la edad, el semestre, el sexo, el estado civil, su situación laboral, la cantidad de hijos y el nivel socioeconómico.

Procedimiento

Se invitó a participar en el taller, por medio de sus maestros, a aquellos alumnos que realizaban sus prácticas en la clínica de nutrición del ICB. No se planteó como obligatorio, sino por interés particular en el taller. Se dio inicio con 16 participantes y durante la segunda sesión se integraron otros.

El taller tuvo un formato teórico-práctico en el que se promovió la práctica de los participantes después de explicar la teoría. La duración total del taller fue de 10 horas, divididas en tres sesiones semanales. En la primera sesión, se aplicaron los pretest; una vez finalizadas las encuestas se inició con el contenido del taller, que incluía el encuadre y el tema de motivación. La segunda sesión se basó en la teoría y práctica sobre el abordaje motivacional según el MT aplicado a la práctica de asesoría nutricional. En la última sesión, se habló de las características de un buen nutriólogo, así como de casos prácticos acerca de lo visto. Una vez finalizado el taller, se aplicaron de nuevo los test a los participantes. En suma, el taller propuso estrategias que resultan útiles para ayudar al paciente a modificar hábitos de riesgo para la salud, asimismo se resaltó la importancia del papel del nutriólogo o profesional de la salud para ayudar y acompañar al paciente.

Análisis estadísticos

Se utilizó el Programa Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS, por sus siglas en inglés), en su versión 20, para llevar a cabo el análisis de medidas repetidas por medio de la prueba

T de Student para comparar los resultados en conocimientos y motivación hacia el taller, hacia el estudio de nutrición y hacia la práctica clínica de los participantes. Para calcular el tamaño de efecto se utilizó la *d* de Cohen.

RESULTADOS

Cuestionario de conocimiento

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el pretest y postest en el cuestionario de conocimientos (tabla 1), donde aumentaron las puntuaciones después del taller, [T (1,14) = 52.97, $p < 0.001$], marcando una diferencia muy grande según la *d* de Cohen ($d = 2.99$).

Tabla 1. Prueba T de Student de medidas repetidas en cuanto al conocimiento de la intervención

Variable	Pre M (DE)	Post M (DE)	T	<i>p</i>	<i>d</i>
Conocimiento	5.00 (1.60)	11.20 (3.47)	-7.28	0.00***	2.99

Nota: M = Media; DE = Desviación Estándar; *** = $p < .001$; *d* = *d* de Cohen.

Motivación del estudio de nutrición

Se observó una disminución estadísticamente significativa en las puntuaciones de motivación extrínseca introyectada en el postest en comparación al postest para el estudio de la carrera de nutrición, [T (1,14) = 5.82, $p < .05$, $d = .89$], lo que estima una amplia diferencia.

Tabla 2. Prueba T de Student de la motivación del estudiar nutrición pre y post

Estudio de nutrición	Pre M (DE)	Post M (DE)	T	p	d
Motivación intrínseca:					
Para lograr	23.33 (3.77)	22.80 (2.42)	0.48	.64	—
Para experimentar	24.00 (4.58)	24.87 (2.36)	-1.09	.30	—
Motivación extrínseca:					
Identificada	18.67 (4.08)	19.13 (3.42)	-0.41	.65	—
Introyectada	14.87 (5.84)	12.33 (6.34)	2.41	.03*	.89
Regulación externa	14.86 (6.50)	13.43 (6.66)	1.14	.27	—
Amotivación	8.60 (6.51)	8.27 (6.58)	0.24	.81	—

Nota: M = Media; DE = Desviación Estándar; * = $p < .05$; d = d de Cohen.

Motivación hacia el taller y las prácticas profesionales

La motivación intrínseca aumentó significativamente en el pretest en comparación al posttest en cuanto a tomar el taller de intervención motivacional [T (1,14) = 31.04, $p < .01$, $d = 2.61$], así como para realizar las prácticas profesionales [T (1,14) = 7.45, $p < .05$, $d = 1.02$]. La d de Cohen mostró diferencias grandes en ambas mediciones.

Además, se encontraron diferencias entre el pretest y posttest en la motivación hacia recibir el taller. La motivación general por el taller aumentó significativamente en el posttest [T (1,14) = 13.44, $p < .01$, $d = 1.26$]. En la escala motivacional situacional para tomar el taller hubo disminución en el posttest en la regulación externa [T (1,14) = 15.19, $p < .01$, $d = 1.46$]. Todas las diferencias según la d de Cohen fueron muy grandes.

Tabla 3. Prueba T de Student de la motivación de recibir el taller pre y post

Motivación hacia el taller	Pre M (DE)	Post M (DE)	T	p	d
Motivación general	8.93 (1.03)	9.80 (0.41)	-3.67	.003**	1.26
Escala de motivación situacional					
Motivación intrínseca	20.60 (3.11)	25.27 (2.63)	5.30	0.000***	2.61
Regulación externa	12.27 (4.18)	7.87 (5.32)	3.90	0.002**	1.46
Amotivación	7.20 (3.73)	6.53 (5.49)	0.60	0.52	—

Nota: M = Media; DE = Desviación Estándar; ** = $p < 0.01$; *** = $p < 0.001$; d = d de Cohen.

Tabla 4. Prueba T de Student de la motivación de realizar prácticas profesionales pre y post

Motivación hacia las prácticas	Pre M (DE)	Post M (DE)	T	p	d
Motivación general	9.73 (0.59)	9.93 (0.26)	-1.15	0.27	—
Escala de motivación situacional					
Motivación intrínseca	23.47 (3.54)	26.33 (2.16)	-2.73	0.016*	1.02
Regulación externa	10.80 (4.35)	8.60 (6.08)	1.61	0.13	—
Amotivación	6.67 (3.37)	6.67 (5.16)	0.00	1.00	—

Nota: M = Media; DE = Desviación Estándar; * = $p < .05$; d = d de Cohen.

DISCUSIÓN

Los hallazgos principales de este estudio muestran que los participantes mejoraron su conocimiento para intervenir de manera eficaz en el paciente de acuerdo con el MT. Según los resultados obtenidos el taller no solamente aumentó el conocimiento de los participantes, sino que también determinó el incremento en la motivación intrínseca hacia el taller y a su práctica profesional. Esto resulta de particular interés, considerando que la intervención se planteó con el propósito de mejorar la motivación de los practicantes hacia su labor de asesores nutricionales y lograr mayor eficacia en los tratamientos.

Los resultados muestran que la primera, tercera y cuarta hipótesis se cumplieron. También reportan que hubo aumento en la motivación intrínseca y disminución en de la motivación extrínseca en los participantes, lo que podría indicar que los alumnos tuvieron interés en el taller y que los motiva la satisfacción de aprender cómo ayudar a sus pacientes y no solamente la aprobación de sus prácticas.

La segunda hipótesis no se cumplió, no obstante, disminuyeron los niveles de motivación extrínseca introyectada en cuanto al estudio de nutrición. Este tipo de motivación extrínseca se refiere a que la persona hace algo, en este caso, estudiar nutrición por no sentir culpa, por autoaprobación y por presión interna. Aunque la motivación intrínseca hacia su carrera no incrementó, sí disminuyeron los niveles de motivación extrínseca.

En relación con el taller, hubo una disminución en la regulación externa, es decir, cuando el individuo actúa o realiza cierta actividad con el fin de obtener recompensas o evitar consecuencias (esta motivación es más extrínseca) (Guay, Valleraud y Blanchard, 2000). Por lo que los participantes del taller, al final del mismo, no mostraron acudir a éste como requisito de la materia de prácticas, por obligación o por quedar bien, sino por motivación intrínseca, es decir, por el gusto de hacerlo, ya que este tipo de motivación incrementó después de haber tomado el taller. En este mismo aspecto, los participantes reportaron un aumento en la motivación general por asistir al taller antes de comenzar y después de terminar. Los datos obtenidos reportan correlaciones significativas entre la motivación y la regulación externa al final del taller. Se observó una relación negativa altamente significativa entre ambas variables ($r = -.59, p < .01$), es decir que, a menor regulación externa, mayor motivación general mostraron los participantes para asistir

al taller, sugiriendo un interés genuino por el mismo. Además los practicantes, al final del taller, mostraron mayor motivación intrínseca por las prácticas profesionales, lo cual puede indicar que generaron un mayor interés y gusto por llevarlas a cabo.

Este taller puede ser útil para los futuros profesionales en nutrición, ya que mostró un incremento en la motivación intrínseca hacia su práctica clínica y un decremento en la motivación extrínseca en cuanto a su carrera. El incremento en la motivación por sus prácticas profesionales y cambio en el tipo de motivación por el estudio de la nutrición junto con el incremento en los conocimientos relacionados con el abordaje e intervención motivacional en el paciente, son esenciales para aumentar la eficacia en la modificación de hábitos de alimentación mediante una mayor adherencia e interés por cumplir con los esquemas terapéuticos de nutrición. Como lo menciona López (2008) y Nigg *et al.* (2011) se pueden diseñar intervenciones para cada tipo de población y, en este caso, para cada paciente.

Por otro lado, una de las posibles limitaciones de este estudio es que no todos los alumnos respondieron a la convocatoria del taller como era deseado, por lo que se obtuvo una muestra pequeña. Además, el tiempo fue insuficiente para poder llevar a cabo un seguimiento de los participantes e investigar de manera cuasiexperimental si hubo mayor adherencia al tratamiento por parte de sus pacientes después de haber asistido al taller. Otra de las limitaciones es que sí se logró encontrar diferencias significativas en el conocimiento adquirido en el tipo de motivación que presentan los participantes, pero no podremos saber si eso repercutirá en la adherencia a sus pacientes. De tal forma, este estudio es un primer avance para resolver la problemática que se presenta en la clínica del ICB. Se

recomienda realizar otros estudios similares, pero preferentemente de corte longitudinal para dar seguimiento a los participantes del taller y a sus pacientes de la clínica de nutrición.

En las referencias consultadas no se encontró este tipo de estudios, la mayoría se basa en determinar el cambio de una persona dependiendo de la etapa del MT en que se encontraba, por lo que el enfoque del presente estudio es nuevo y los resultados muestran que el taller tuvo impacto en los conocimientos relacionados con la intervención en el ámbito clínico/nutricional. Sin embargo, es necesario realizar más estudios de este tipo con un mayor número de participantes, así como dar seguimiento para saber si llevan a cabo las estrategias adquiridas en su práctica profesional y si la problemática existente disminuye.

REFERENCIAS

- Aguilera, S., Boatto, Y., Rapetti, M., y Vélez, G. (2011). Pensando en las relaciones entre cambio conceptual y creencias motivacionales. ¿Cómo se configuran estas relaciones en la lectura de textos académicos? *Revista Iberoamericana de Educación* (versión digital), 54(5). Recuperado de <http://www.rieoei.org/expe/3541Boatto.pdf>
- Balaguer, I., Castillo, I. y Duda, J. L. (2007). Propiedades psicométricas de la escala de motivación deportiva en deportistas españoles. *Revista Mexicana de Psicología*, 24(2), 197-207. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2430/243020637005.pdf>
- Brosens, C. (2009). EOPS: Barreras en la adherencia al tratamiento de la obesidad. *Evidencia. Actualización en la práctica ambulatoria*, 12(3), 116-117. Recuperado de <http://www.fundacionmf.org.ar/files/bgf-bre.pdf>

- Calañas-Continente, A., Arrizabalaga, J. J., Caixàs, A. y Cordido, F. (2010). Recomendaciones diagnósticas y terapéuticas en el sobrepeso y la obesidad durante la adolescencia. *Medicina Clínica*, 135(6), 265-73. doi: 10.1016/j.medcli.2009.02.041.
- Center for Substance Abuse Treatment. (1999). *Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment*. Treatment Improvement Protocol (tip) Series, No. 35. hhs Publication No. (sma) 12-4212. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Deci, E. L., y Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.
- Duncan, D. T., Wolin, K. Y., Scharoun-Lee, M., Ding, E. L., Warner, E. T. & Bennett, G. G. (2011). Does perception equal reality? Weight misperception in relation to weight-related attitudes and behaviors among overweight and obese US adults. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*, 8(20). doi: 10.1186/1479-5868-8-20.
- Finkelstien, M. A. (2009). Intrinsic vs. extrinsic motivational orientations and the volunteer process. *Personality and Individual Differences*, 46(5-6), 653-658. doi:10.1016/j.paid.2009.01.010.
- Galeano, E. y Correa, J. O. (2005). Adherencia al tratamiento: implicaciones de la no-adherencia. *Acta Médica Colombiana*, 30(4), 268-273. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v30n4/v30n4a4.pdf>
- García-García, E., De la Llata-Romero, M., Kaufer-Horwitz, M., Tusié-Luna, M., Calzada-León, R., Vázquez-Velázquez, V., Barquera-Cervera, S., Caballero-Romo, A., Orozco, L., Velásquez-Fernández, D., Rosas-Peralta, M., Barriguete-Meléndez, A., Zacarías-Castillo, R., y Sotelo-Morales, J. (2008). La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública. Una reflexión. *Revista Salud Pública de México*, 50(6), 530-547. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v50n6/15.pdf>

- González, L. I., Giraldo, N. A., Estrada, A., Muñoz, A. L., Mesa, E. y Herrera, C. M. (2007). Adherence to the nutritional treatment and body composition: a cross-sectional study in patients with obesity or overweight. *Revista Chilena de Nutrición*, 34(1), 46-54. doi: 10.4067/S0717-75182007000100005.
- Guay, F., Vallerand, R. J. y Blanchard, C. (2000). On the Assessment of Situational Intrinsic and Extrinsic Motivation: The Situational Motivation Scale (Sims). *Motivation and Emotion*, 24(3), 175-213. doi: 10.1023/A:1005614228250.
- Guimaraes, S. L., Sahade, V., Nunes, M., y Adan, L. F. (2013). Adherence to nutritional therapy in obese adolescents; a review. *Nutrición Hospitalaria*, 28(4), 988-98. doi: 10.3305/nh.2013.28.4.6481.
- Hernández-Torrez, I., Fernández-Ortega, M. A., Irigoyen-Coria, A., y Hernández-Hernández, M. A. (2006). Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar. *Archivos en Medicina Familiar*, 8(2), 137-43. Recuperado de <http://www.facmed.unam.mx/sem/pdf/medicinafamiliar/ImportanciadelaComunicacion.pdf>
- Jiménez-Cruz, A., Jiménez, A. B., Pichardo-Osuna, A., Chaudry, T., y Bacardi-Gascon, M. (2009). Long term effect of Mediterranean diet on weight loss. *Nutrición Hospitalaria*, 24(6), 753-754. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/3092/309226749020.pdf>
- Katz, M., Cappelletti, A. M., Viñuales, M., De la Plaza, M., Langellotti, A., Lerotich, V., Pentreath, C. (2010). Análisis crítico de la dietoterapia anti-obesidad: hacia una posición san; Sociedad Argentina de Nutrición. *Actualización en Nutrición*, 11(4), 258-272. Recuperado de <http://www.revistasan.org.ar/resumen.php?id=93#WPZjfnhCJA>
- Lancheros, L., Pava Cárdenas, A., y Bohórquez, A. (2010). Identificación de la adherencia al tratamiento nutricional aplicando el modelo de Conocimientos, Actitudes y Prácticas en un grupo de personas con diabetes mellitus tipo 2 atendidas en la Asociación Colombiana de Diabetes. *La Revista Científica de la Asociación*

- Argentina de Dietistas y Nutricionistas Dietista* 28(133), 17-23. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73372010000400003&lng=es&tlng=pt
- López, M. A. (2008). Etapas del cambio conductual ante la ingesta de frutas y verduras, control de peso y ejercicio físico de estudiantes de la universidad del desarrollo, sede Concepción, Chile. *Revista Chilena de Nutrición*, 35(3), 216-224. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182008000300007>.
- Makoul, G., Arntson, P., y Schofield, T. (1995). Health promotion in primary care: Physician-patient communication and decision making about prescription medications. *Social science & medicine*, 41(9), 1241-1254. Recuperado de [http://sci-hub.io/10.1016/0277-9536\(95\)00061-b](http://sci-hub.io/10.1016/0277-9536(95)00061-b).
- Malik, V. S., Willett, W. C. y Hu, F. B. (2013). Global obesity: Trends, risk factors and policy implications. *Nature Reviews Endocrinology*, 9(1), 13-27. doi: 10.1038/nrendo.2012.199.
- Martín-Albo, J., Núñez, J. L., y Navarro, J. G. (2009). Validation of the Spanish version of the Situational Motivation Scale (emsi) in the educational context. *The Spanish Journal of Psychology*, 12(2), 799-807. doi: 10.1017/S11387416000216X.
- Mastellos, N., Gunn, L.H., Felix, L.M., Car, J., y Majeed, A. (2014). Transtheoretical model stages of change for dietary and physical exercise modification in weight loss management for overweight and obese adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5(2), CD008066. doi: 10.1002/14651858.CD008066.pub3.
- Miller, W. R. (1995). Increasing motivation for change, en Hester, R.K., y Miller, W.R. (eds.). *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives*, 2a. ed., Boston: Allyn & Bacon.
- Nigg, C. R., Geller, K. S., Motl, R. W., Horwath, C. C., Wertin, K. K., y Dishman, R.K. (2011). A Research Agenda to Examine the Efficacy and Relevance of the Transtheoretical Model for Physical Activity

- Behavior. *Psychology of Sport and Exercise*, 12(1), 7-12. doi: 10.1016/j.psychsport.2010.04.004.
- Nogueira, T. F. D. y Zambon, M. P. (2013). Reasons for non-adherence to obesity treatment in children and adolescents. *Revista Paulista de Pediatria*, 31(3), 338-343. doi:10.1590/S0103-05822013000300010.
- Notimex (03 de septiembre de 2017). "Nutriólogos deben aplicar estrategias para sus pacientes." *20 minutos*. Recuperado de <http://www.20minutos.com.mx/noticia/259038/0/nutriologos-deben-aplicar-estrategias-para-sus-pacientes/#xtor=AD-1&xts=513356>
- OCDE (2014). *La obesidad y la economía de la prevención: Fit no Fat*. Recuperado de http://www.oecd.org/health/healthsystems/Obesity-Update-2014-MEXICO_ES.pdf
- Pelletier, L. G., Tuson, K. M., Fortier, M. S., Vallerand, R. J., Briere, N. M., y Blais, M. R. (1995). Toward a New measure of intrinsic motivation, extrinsic motivation, and amotivation in sports - the Sport Motivation Scale (SMS). *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 17(1), 35-53. doi: <http://doi.org/doi:10.1023/A:1014805132406>.
- Pintrich, P. R., y Schunk, D. H. (2002). *Motivation in education: Theory, research, and applications*, 2a. ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Prochaska, J. O., y Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American journal of health promotion*, 12(1), 38-48. doi: 10.4278/0890-1171-12.1.38.
- Ryan, R., y Deci, E. (2000). Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25(1), 54-67. doi: 10.1006/ceps.1999.1020.
- Sámano, L. F. (2011). Abandono del tratamiento dietético en pacientes diagnosticados con obesidad en un consultorio privado de nutrición. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 31(1), 15-19. Recuperado de http://www.nutricion.org/publicaciones/revista_2011_1/abandono_tratamiento.pdf

- Schechter, C. B. y Walker, E. A. (2002). Improving Adherence to Diabetes Self-Management Recommendations. *Diabetes Spectrum*, 15(3), 170-175. doi: 10.2337/diaspect.15.3.170.
- Secretaría de Salud (2013). *Intervención dietética: pacientes con obesidad*. México. Recuperado de <http://www.cenetec-difusion.com/CM-GPC/IMSS-684-13/ER.pdf>
- Silva, G. E., Galeano, E. y Correa, J. O. (2005). Adherencia al tratamiento: implicaciones de la no-adherencia. *Acta Médica Colombiana*, 30(4), 268-273. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v30n4/v30n4a4.pdf>
- Torres, V. (01 de marzo de 2015). Nutriólogos realizan trabajo interdisciplinario en apoyo a pacientes. *Diario de Yucatán*. Recuperado de <http://yucatan.com.mx/mexico/salud-mexico/nutriologos-realizan-trabajo-interdisciplinario-en-apoyo-pacientes>

PRUEBA

UACJ

PRUEBA UACJ

CAPÍTULO 4

Programa de Inteligencia Emocional Plena en alumnos de primaria de Ciudad Juárez

Rocío García Hernández
Oscar Armando Esparza del Villar

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo medir el desarrollo de habilidades, tanto de inteligencia emocional, como atención plena, por medio de la implementación de un taller, con la finalidad de observar si al término de éste se refleja algún cambio en las siguientes variables: inteligencia emocional, atención plena, autoeficacia, satisfacción vital, bienestar personal, empatía y atención.

La hipótesis de investigación fue que los alumnos que son entrenados a través del Programa de Inteligencia Emocional Plena mostrarán un grado mayor de empatía, bienestar personal, satisfacción vital, autoeficacia, inteligencia emocional y atención, y, por lo tanto, desarrollarán habilidades cognitivo-emocionales para regular adecuadamente sus emociones. Participaron en el estudio 31 alumnos de quinto y sexto grados de una escuela primaria federal de Ciudad Juárez, pertenecientes a un nivel socioeconómico medio, con edades de entre 9 y 13 años ($M = 10.48$, $S = 1.03$). Los resultados muestran un

incremento en la atención, en la preocupación empática (Factor III del Índice de Reactividad Interpersonal), así como en la capacidad autopercebida generadora de bienestar a los demás y a sí mismo (Factor I de la escala de inteligencia emocional infantil), y también un incremento en la capacidad autopercebida generadora de malestar a los demás y a sí mismo (Factor IV de la escala de inteligencia emocional infantil), después de la intervención.

Palabras clave: inteligencia emocional, atención plena, niños y *mindfulness*.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, se han realizado investigaciones que apuntan hacia la necesidad de realizar cambios en los modelos educativos para lograr un desarrollo más integral del alumno basado en habilidades cognitivas y emocionales. Autores como Extremera y Fernández-Berrocal (2002) afirman que en el proceso de enseñanza-aprendizaje existen habilidades personales (psicoemocionales) que afectan la adaptación de un alumno dentro del salón de clase, y que éstas pueden ser variables que perjudican su bienestar personal y desempeño académico. Incluso, en algunos países, como España y Estados Unidos (Rey, Extremera y Peña, 2011; Mayer, Roberts y Barsade, 2008) esta preocupación basada en la necesidad de integrar aspectos psicoemocionales al currículo académico ya está siendo trabajada por varias instituciones educativas y ministerios de educación.

Diversos estudios (Thompson *et al.*, 2007) han resaltado la importancia que juegan las emociones dentro del desarrollo y bienestar subjetivo en las personas. Niños y adolescentes, debi-

do a las características propias de su etapa de desarrollo, presentan situación de vulnerabilidad y de oportunidad para realizar acciones que influyan de manera positiva en su formación y adaptación. En el mundo, diversos organismos internacionales han detectado la necesidad de realizar acciones encaminadas a fortalecer la salud mental y el desarrollo de los alumnos de cualquier nivel educativo. Al respecto, estudios realizados por UNICEF (2007), para analizar el bienestar de la niñez en países ricos dieron a conocer que durante los últimos 20 años se han incrementado los problemas de tipo psicológico entre niños y adolescentes. De acuerdo con estos hallazgos, las consecuencias de la existencia de problemas psicológicos son muy variadas y afectan diferentes áreas de desarrollo y los ambientes en los que se encuentran inmersos los alumnos, así como también, son factor de riesgo para la salud mental a largo plazo (European Pact for Mental Health and Well-being, 2008).

Resultados de algunas investigaciones muestran que los problemas psicológicos que enfrentan los estudiantes suelen relacionarse con trastornos de estrés, ansiedad y temor a ser evaluados. La manera en que los estudiantes manejan sus emociones puede afectar de forma significativa su desempeño y su motivación, tanto positiva, como negativamente (Salanova, Bresó y Schaufeli, 2005).

En este sentido, la educación emocional ayuda a educar a las personas, no sólo a que afronten los problemas de la vida, sino a que puedan encontrar soluciones satisfactorias y prevengan el estrés psicológico. De ahí la importancia de incluir dentro de los programas oficiales educativos, programas de entrenamiento en educación emocional para maestros y alumnos. Por otra parte, se ha demostrado que el entrenamiento en el desarrollo de la conciencia plena (*mindfulness*), impacta en el

crecimiento y autorrealización personales de estudiantes adolescentes (Franco, De la Fuente y Salvador, 2011), por lo cual, se ha sugerido la utilización de éste en el ámbito educativo y no sólo en el terapéutico.

Como respuesta a esta problemática, la propuesta del presente estudio consiste en desarrollar un programa de intervención basado en la Inteligencia Emocional Plena (INEP), el cual está encaminado a entrenar a alumnos en el manejo adecuado de sus emociones, integrando técnicas para el desarrollo de la atención o conciencia plena (*mindfulness*). A continuación se describirán las variables que se incluyen en el estudio.

INTELIGENCIA EMOCIONAL

El término inteligencia emocional fue introducido por primera vez por Salovey y Mayer (1990), sin embargo, gracias a la publicación del libro *Inteligencia emocional* de Goleman (1995) este concepto se difundió y popularizó. Para los autores Salovey y Mayer (1990), la inteligencia emocional se refiere a: “la habilidad para percibir, valorar y expresar emociones con exactitud para acceder y/o generar sentimientos que faciliten el pensamiento; la habilidad para comprender emociones y el conocimiento emocional y la habilidad para regular las emociones promoviendo un crecimiento emocional e intelectual”. Goleman (1995), por su parte, afirma que las habilidades emocionales resultan ser más importantes que la inteligencia académica para lograr bienestar laboral, académico y social.

ATENCIÓN PLENA (*MINDFULNESS*)

El término *mindfulness* puede explicarse como *atención y conciencia plena*, proviene de tradiciones espirituales orientales y se refiere a una forma de control de la atención desarrollada a través de prácticas de meditación (Baer, 2003). Autores como Brown y Ryan (2003) afirman que la conciencia tiene dos elementos: a) atención y b) darse cuenta, o la percepción, y afirman que la conciencia es una capacidad humana, la cual no es necesariamente resultado de la meditación.

De acuerdo con Kabat-Zinn (1990), a través del *mindfulness* se pretende enfocar la atención, de manera intencional, a la experiencia que se experimenta en el momento presente, sin ejercer ningún juicio de valor. Bishop, Lau, Shapiro, Carlson, Anderson y colaboradores (2004) mencionan tres elementos clave en las aplicaciones clínicas de *mindfulness* o atención plena: 1) conciencia, 2) experiencia presente y 3) aceptación. Aunque en un inicio el uso que se le dio a la técnica de *mindfulness* fue en el área clínica, en los últimos años se ha dado una tendencia en su uso para la promoción del bienestar subjetivo y la salud psicológica de las personas (Brown y Ryan, 2003).

INTELIGENCIA EMOCIONAL PLENA

De acuerdo con Ramos, Enríquez y Recondo (2011), la Inteligencia Emocional Plena puede ser definida como “la gestión eficaz de las emociones, a través del uso de la atención plena” (p. 144). Para los autores, la atención ordinaria se caracteriza por procesar la información en un formato arriba-abajo, el cual es previamente determinado de acuerdo con nuestras experien-

cias de vida, y *mindfulness* (atención plena) desarrolla el tipo de procesamiento de información abajo-arriba, el cual permite, al dirigirse a situaciones emocionales, que la persona tome conciencia de muchas claves emocionales que anteriormente habían pasado inadvertidas.

AUTOEFICACIA

La autoeficacia, según Bandura (1987), puede definirse como los juicios de cada individuo sobre sus capacidades, a partir de los cuales organiza y ejecuta sus acciones de modo que le permitan alcanzar los logros deseados. De esta manera, la autoeficacia determina, en gran medida, la elección de actividades, la motivación, el esfuerzo y la persistencia en las mismas ante las dificultades, así como los patrones de pensamiento y las respuestas emocionales asociadas. Es decir, poseer alto nivel de autoeficacia aumenta la consecución de metas, reduce el estrés y disminuye la vulnerabilidad a la depresión (Bandura, 1995, 1997). Por lo tanto, las creencias sobre la eficacia contribuyen a la consecución de los logros humanos y a un incremento de la motivación (Bandura, 1992), que influye positivamente en lo que las personas piensan, sienten y hacen.

BIENESTAR PERSONAL

El bienestar subjetivo tiene relación con el juicio global que una persona hace de su calidad de vida, de acuerdo con criterios escogidos por ella misma (Shin y Johnson, 1978). Se compone de dos elementos: 1) emocional y 2) cognitivo. En el plano

emocional se refiere a la felicidad, y en el plano cognitivo se refiere a la satisfacción vital.

SATISFACCIÓN VITAL

El concepto de satisfacción vital (como componente cognitivo del bienestar subjetivo) se ha definido como la valoración positiva que la persona hace de su vida en general (García-Viniegras y González, 2000; Veenhoven, 1994). Es decir, la satisfacción es el resultado de un estado psicológico que es producto de la transacción entre el individuo (personalidad) y su entorno microsocioal (estado civil, familia, participación social, satisfacción laboral, apoyo social) y macrosocioal (ingresos, cultura) (García-Viniegras y González, 2000).

EMPATÍA

El concepto de empatía puede definirse como un proceso vicario que permite a una persona ser capaz de comprender y entender los sentimientos de los demás (Davis, 1983). Investigaciones realizadas en torno a niños y adolescentes sobre el tema de la empatía, han demostrado que la empatía influye en el incremento de habilidades sociales, así como también en el comportamiento prosocial (Garaigordobil y García de Galdeano, 2006; Warden y Mackinnon, 2003). Los estudios resaltan que cuando existe mayor grado de empatía, se presentan conductas cooperativas (Rumble, Van Lange y Parks, 2010). Por otro lado, se han encontrado correlaciones negativas entre la empatía estados emocionales negativos de las otras personas, y un mayor

bienestar personal relativo a las satisfacciones y estados emocionales positivos ajenos (Extremera y Fernández-Berrocal, 2004; Salovey *et al.*, 2002).

OBJETIVO GENERAL

Implementar un programa de entrenamiento Inteligencia Emocional Plena (INEP) para alumnos de educación primaria y con ello promover la regulación adecuada de sus emociones, aspecto que deberá incidir en la mejoría y bienestar personal de manera integral.

Asimismo, observar los efectos que resulten de la relación que se presente de la INEP con otras variables psicoemocionales, como son: inteligencia emocional, empatía, bienestar personal, satisfacción con la vida, atención plena y autoeficacia.

HIPÓTESIS

Los alumnos que son entrenados a través del programa de Inteligencia Emocional Plena mostrarán un nivel mayor de empatía, bienestar personal, satisfacción vital, autoeficacia, inteligencia emocional y atención, por lo tanto, desarrollarán habilidades cognitivo-emocionales para regular adecuadamente sus emociones.

MÉTODO

A continuación, se describe el procedimiento que se siguió para llevar a cabo este estudio.

Participantes

Para la realización de este estudio se eligió una primaria en la cual los directivos se mostraron interesados en participar de manera voluntaria. Se decidió llevar a cabo la implementación del taller de Inteligencia Emocional Plena en preadolescentes, debido a las características y necesidades que presentan por pertenecer a esta etapa de desarrollo y el riesgo potencial al que están expuestos, de no tener una educación en habilidades emocionales. La muestra estuvo conformada por 31 alumnos (15 mujeres y 16 hombres), alumnos de quinto grado ($n = 18$) y alumnos de sexto grado ($n = 13$) de una escuela primaria pública federal de Ciudad Juárez.

Criterios de inclusión

- Ser alumno regular de la escuela primaria federal.
- Estar inscrito en quinto o sexto grado de primaria.

Criterios de exclusión

- No ser alumno regular de la escuela primaria federal.
- Pertenecer a otro grupo distinto de quinto o sexto grado.
- Presentar algún padecimiento o trastorno que impida contestar correctamente los instrumentos de medición.

Instrumentos

A continuación, se describen los instrumentos utilizados dentro del estudio:

Escala Infantil de Inteligencia Emocional (EISRIE)

La escala fue desarrollada en México por Sosa y Rodríguez (2011) y está compuesta por 43 ítems, con opciones de respuesta tipo Likert, que van el 1= No lo hago, 2 = A veces lo hago, y 3 = Sí lo hago. Los ítems están agrupados en cuatro factores:

- factor I: capacidad autopercebida generadora de bienestar a los demás y a sí mismo, $\alpha = .761$, $N = 11$;
- factor II: capacidad autopercebida de empatía, $\alpha = .592$, $N = 9$;
- factor III: capacidad autopercebida de *insight*, $\alpha = .735$, $N = 12$; y
- factor IV: capacidad autopercebida generadora de malestar a los demás y a sí mismo $\alpha = .631$, $N = 9$.

Y el alfa total obtenida de la escala es $\alpha = .806$, $N = 43$.

Índice de Reactividad Interpersonal-Empatía (IRI)

El Índice de Reactividad Interpersonal-Empatía (Davis, 1983; adaptación al español por Mestre, Frías y Samper, 2004) es una escala de auto informe utilizada para evaluar empatía que incluye factores cognitivos y emocionales. Está formada por 28 ítems, con una escala tipo Likert de cinco puntos, donde 1 = *no me describe bien*, y 5 = *me describe muy bien*. Los ítems están organizados en grupos de siete, en cuatro subescalas que miden cuatro dimensiones del concepto global de empatía: Toma de perspectiva (alfa de Cronbach = .56), Fantasía (alfa de Cronbach = .70), Preocupación empática (alfa de Cronbach = .65) y Malestar personal (alfa de Cronbach = .54). Los índices de fiabilidad obtenidos arrojaron un alfa de Cronbach de .70 (Mestre, Frías y Samper, 2004).

Subescala de autoeficacia académica de las escalas de Patrones de Aprendizaje Adaptativo (PALS)

La escala de autoeficacia académica (Midgley *et al.*, 2000) refleja las creencias de los estudiantes sobre sus capacidades futuras para producir niveles adecuados de desempeño académico. Está compuesta por cinco ítems, con opciones de respuesta que van desde 0 (*totalmente en desacuerdo*) hasta 6 (*totalmente de acuerdo*). El alfa de Cronbach general de este instrumento es de .78 (Midgley *et al.*, 2000).

Escala de Satisfacción con la Vida (swls)

Las escalas de Satisfacción con la Vida (Diener *et al.*, 1985) consisten en una escala tipo Likert compuesta por cinco ítems, cuyas opciones de respuesta van del 1 (*no en absoluto*) hasta el 7 (*sí del todo*). Esta escala evalúa la satisfacción personal con la vida, la cual comprende el componente cognitivo del bienestar subjetivo. El instrumento mostró buenas propiedades psicométricas obteniendo un alfa de Cronbach de .87.

Escala de Bienestar Personal (EPB)

La Escala de Bienestar Personal (Fierro y Rando, 2007) representa una medición del grado de bienestar experimentado por la persona en la actualidad. Consta de 24 ítems, los cuales comprenden emociones vividas, tanto positivas como negativas. Existen dos componentes: 1) ausencia de bienestar, la cual se conforma por 17 ítems, y 2) bienestar positivo, que corresponden a los siete ítems restantes de la escala. Los intervalos de respuesta van del 1 = *completamente en desacuerdo* al 7 = *absolutamente de acuerdo*. La escala original de 33 ítems quedó reducida a 24. El coeficiente alfa de Cronbach es de .91 para el primer componente y de .79 para el segundo. Tras la reducción, el coe-

ficiente alfa de Cronbach arroja un valor elevado $\alpha = .92$, lo que indica la existencia de una buena consistencia interna.

Test de atención y percepción (TP Toulouse-Piéron)

El test TP Toulouse-Piéron (Toulouse y Piéron, 2013) es una prueba perceptiva formada por un gran número de cuadrados muy pequeños, con algunas características diferentes. La instrucción es que el sujeto debe buscar y marcar los que son idénticos a los modelos propuestos. Este test permite evaluar resistencia a la fatiga, la persistencia y la concentración. En estudios realizados por Abdollahian, Shakeri y Vosogh (2004) donde se aplicó un retest de esta escala, se obtuvo un alfa de Cronbach de .94.

Programa de Inteligencia Emocional Plena (PINEP)

El taller se basó en el programa de Inteligencia Emocional Plena, originalmente diseñado por Ramos, Enríquez y Recondo (2011). A partir de este evento, se diseñó un programa para el desarrollo de la Inteligencia Emocional Plena dirigido a la población estudiantil infantil de Ciudad Juárez. El taller constó de 20 sesiones y se llevó a cabo en aproximadamente dos meses, de dos sesiones semanales con duración de una hora por sesión. Se trató de un taller práctico en el cual se desarrollaron actividades y dinámicas que resultaron muy atractivas para los alumnos. El esquema de cada sesión fue el siguiente:

1. Dinámica de integración para iniciar la sesión.
2. Práctica de conciencia plena atendiendo a la respiración.
3. Realización de ejercicio de inteligencia intrapersonal.
4. Realización de ejercicio de inteligencia interpersonal.

5. Puesta en común de la experiencia vivenciada durante la sesión.
6. Cierre de la sesión y ejercicio individual de escribir en el diario de emociones.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Para analizar los efectos del programa de INEP sobre las dimensiones de las variables de inteligencia emocional, satisfacción vital, autoeficacia, empatía, bienestar personal, satisfacción vital y atención, se utilizó un diseño preexperimental de comparación de grupos con medición pretest-postest.

Procedimiento

1. Se realizó la presentación del proyecto de investigación ante las autoridades educativas de las instituciones, en este caso, con el director para explicarle la importancia y beneficios del estudio.
2. Posteriormente, se platicó con las maestras de los grupos de quinto y sexto grado, para informarles del proyecto y pedirles su cooperación para trabajar en sus grupos.
3. Se pidió a los padres de los alumnos que participaron en la intervención, que firmaran un formato de consentimiento informado, por ser menores de edad.
4. Se aplicaron en tres sesiones los diferentes instrumentos de medida a los alumnos, antes de iniciar con la aplicación del taller.
5. Se realizó la aplicación del programa INEP con los alumnos, la cual tuvo una duración de dos meses aproximadamente y constó de 20 sesiones, de una hora por sesión.

6. Al final del programa, se aplicó nuevamente la batería de instrumentos aplicados en las tres primeras sesiones, en el mismo orden, para evaluar las variables y observar si hubo cambios en ellas.

RESULTADOS

Se utilizó el programa estadístico SPSS en su versión 23.0 para realizar el análisis de los datos obtenidos y se realizó un Anova para medidas repetidas.

En el estudio participó un total de $n = 31$ alumnos ($n = 15$ mujeres, y $n = 16$ hombres), pertenecientes a los grupos de quinto ($n = 18$) y sexto grado ($n = 13$). El rango de edades fue de 9 a 13 años, con una media de 10.48 años. La mayoría de los alumnos 67.6% ($n = 21$) es originaria de Ciudad Juárez; algunos nacieron en otras localidades, entre las que destaca El Paso, Texas ($n = 7$). Además, la mayor parte de los alumnos vive con su familia o papás ($n = 17$), mamá ($n = 3$), abuelos ($n = 3$). En promedio, los alumnos mencionaron tener dos hermanos. En cuanto a los oficios o empleos más comunes de los padres, éstos fueron: maquiladora ($n = 6$), conserje ($n = 4$) y empleado de cocina ($n = 4$). Las profesiones más comunes de las mamás son: ama de casa ($n = 9$), maquiladora ($n = 8$) y enfermera ($n = 3$).

Según el Anova, se encontró una diferencia estadísticamente significativa en el factor III: preocupación empática del Índice de Reactividad Interpersonal, siendo $F(1, 30) = F(1,30) = 51.11$, $p < .01$, donde se incrementó la preocupación empática después de la intervención.

También se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la atención, siendo $F(1, 30) = 6.17$, $p < .02$, donde

se incrementó la atención después de la intervención. Por otra parte, también se encontró una diferencia estadísticamente significativa con $F(1, 30) = 28.29$, $p = p < .01$, donde se incrementó la capacidad autopercebida generadora de bienestar a los demás y sí mismo (factor I de la escala de inteligencia emocional infantil). Se encontró también una diferencia estadísticamente significativa con $F(1, 30) = 5.77$, $p < .02$, donde se incrementó la capacidad autopercebida generadora de malestar a los demás y sí mismo (factor IV de la escala de inteligencia emocional infantil), después de la intervención.

En el Índice de Reactividad Interpersonal, la media del pretest fue de 15.45 ($S = 1.98$) y la del postest fue de 21.58 ($S = 5.24$), lo que indica una diferencia estadísticamente significativa, siendo $F(1,30) = 51.11$, $p < .01$, $d = 1.70$, resultados que demuestran una diferencia muy grande.

En la prueba de Atención Toulouse-Pierón, la media del pretest fue de 100.6 ($S = 35.85$) y la del postest de 117.65 ($S = 40.11$), lo que indica una diferencia estadísticamente significativa, siendo $F(1,30) = 6.17$, $p = .02$, $d = .46$, lo que muestra una diferencia moderada.

En la escala autoinformada de inteligencia emocional infantil, factor I: Capacidad auto percibida generadora de bienestar a los demás y a mí mismo, la media del pretest fue de 27.84 ($S = 2.86$), y la media del postest fue 24.13 ($S = 3.30$). El tamaño de efecto indica una diferencia fuerte con $d = 1.20$. Mientras que en el factor IV: capacidad autopercebida generadora de malestar a los demás y sí mismo, la media del pretest fue de 13.26 ($S = 2.66$), y la media del postest fue de 14.87 ($S = 3.18$). El tamaño de efecto indica una diferencia moderada con $d = .55$. Los resultados se presentan en la tabla 1.

Tabla 1. Diferencias en las medias de las pruebas

Test	Pre	Post	Significancia	Tamaño de efecto (<i>d</i>)
Atención	100.6 (35.85)	117.65 (40.11)	0.02	0.46
Factor I IE	27.84 (2.86)	24.13 (3.30)	0.00	1.20
Factor IV IE	23.26 (2.66)	14.87 (3.18)	0.02	0.55
Factor III EMP	15.45 (1.98)	21.58 (5.24)	0.00	1.70

CONCLUSIONES

Con los resultados del presente estudio se confirma la hipótesis de partida que se planteó en esta investigación en lo referente a la inteligencia emocional, empatía y la atención. Una vez finalizada la intervención del taller de Inteligencia Emocional Plena, se observaron diferencias significativas entre las puntuaciones de postests en dos factores de la escala autoinformada de inteligencia emocional infantil (factores I y II), así como en el test de atención y concentración y en uno de los factores de la escala de empatía (factor III).

Por lo tanto, se puede concluir que un taller de Inteligencia Emocional Plena *puede ser* un instrumento válido para promover el desarrollo de habilidades cognitivo-emocionales, que permitan la regulación adecuada de las emociones. Así como también se afirma la utilidad de implementar técnicas de atención plena dentro de programas psicoeducativos aplicados en niños.

Estos resultados concuerdan con los encontrados en otros estudios en los que se comprobó la eficacia de utilizar técnicas de atención plena (*mindfulness*) en la intervención y mejora de niveles de habilidades emocionales (Brown y Ryan, 2003). Por otra parte, se ha demostrado que el entrenamiento en el desarrollo

de la conciencia plena (*mindfulness*), impacta en el crecimiento y autorrealización personales de estudiantes adolescentes (Franco *et al.*, 2011).

Se observaron también algunos cambios en alumnos que presentaban problemas de conducta dentro del grupo. En especial, se puede mencionar el caso de un alumno de sexto grado, quien mejoró en cuanto a la convivencia con sus compañeros, mostrándose más empático y cooperador para realizar las actividades. Tanto las maestras de grupo, como el director, mencionaron haber notado cambios en este alumno, y en otros alumnos que como él presentaban problemas de conducta de manera frecuente.

Dentro de las principales limitaciones de este estudio, como se mencionó anteriormente, se encontró que las instalaciones de la institución eran poco prácticas para el desarrollo de ciertas actividades, por lo cual se tuvieron que hacer adaptaciones a las mismas. Se recomienda tener en consideración esto al diseñar el programas y platicar con los directivos de las escuelas sobre las necesidades para el desarrollo del taller. Por otra parte, se recomienda realizar investigaciones posteriores, en las que se pueda implementar el taller en muestras más grandes, así como impartirlo a profesores y directivos de las instituciones para vincularlos en este desarrollo y poder observar si su participación impacta en un desarrollo mayor de la Inteligencia Emocional Plena en los alumnos, y analizar los efectos del taller en su vida personal y profesional. Otra línea de investigación que se recomienda es realizar estudios longitudinales para verificar si las mejoras obtenidas en esta investigación, tras la implementación del taller de Inteligencia Emocional Plena, se mantienen a lo largo del tiempo.

REFERENCIAS

- Baer, R. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-142.
- Bandura, A. (1987). *Social Learning Theory*. New York: General Learning Press.
- Bandura, A. (1992). Exercise of personal agency through the self-efficacy mechanism, en R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: thought control of action*. Washington, DC: Hemisphere.
- Bandura, A. (1995). *Self-efficacy in Changing Societies*. Cambridge. University Press (pp. 2-4).
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bishop, S. et al. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and practice*, 11(3), 230-241.
- Brown, K. W., y Ryan, R. M. (2003). The Benefits of Being Present: Mindfulness and Its Role in Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 49-59.
- Diener, E. D.; Emmons, R. A.; Larsen, R. J., y Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75. Adaptación española de Atienza, Pons, Balaguer y García-Merita (2000).
- European Pact for Mental Health and Well-being (junio, 2008). Summary Report of the European High-Level Conference "Together for Mental Health and Well-being". Brussels. Recuperado de [df:http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_)
- Extremera, N., y Fernández-Berrocal, P. (2002). Educando emociones: La educación de la inteligencia emocional en la escuela y la fa-

- milia, en P. Fernández-Berrocal y N. Ramos Díaz (eds.). *Corazones inteligentes*. Barcelona: Kairos.
- Extremera, N., y Fernández-Berrocal, P. (2004). La importancia de desarrollar la inteligencia emocional en el profesorado. *Revista Iberoamericana de Educación*, 33, 1-9.
- Fierro, A., y Rando, B. (2007). Escala Eudemon de bienestar personal: características psicométricas. *Anuario de Psicología*, 38(3), 401-411.
- Franco, C., De la Fuente, M. C. y Salvador, M. (2011). Impacto de un programa de entrenamiento en conciencia plena (*mindfulness*) en las medidas de crecimiento y la autorrealización personal. *Psicothema*, 23(2) 58-65.
- Garaigordobil, M., y García de Galdeano, P. (2006). Empatía en niños de 10 a 12 años. *Psicothema*, 18(2), 180-186.
- García-Viniegras, C., y González, I. (2000). La categoría bienestar psicológico, su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina Integral*, 16(6), 586-592.
- Goleman, D. (1995). *Inteligencia emocional*. Barcelona: Kairos.
- Kabat-Zinn J. (1990). *Full catastrophe living: How to cope with stress, pain and illness using mindfulness meditation*. New York: NY: Bantam Dell.
- Mayer, J., Roberts R., y Barsade, S. G. (2008). Human abilities: emotional intelligence. *Annual Review of Psychology*, 59, 507-536.
- Mestre, V., Frías, M., y Samper, P. (2004). La medida de la empatía: análisis del Interpersonal Reactivity Index. *Psicothema*, 16(22), 225-260.
- Midgley, C. et al. (2000). *Manual for the Patterns of Adaptive Learning Scales*. Recuperado de http://www.umich.edu/~pals/PALS%202000_V12Word97.pdf
- Ramos, N., Enríquez, H., y Recondo, O. (2011). *Inteligencia emocional plena. Mindfulness y la gestión eficaz de las emociones*. España: Kairos.
- Rey, L., Extremera, N., y Peña, M. (2011). Inteligencia emocional percibida, autoestima y satisfacción con la vida en adolescentes. *Psycho-*

- social Intervention*, 20(2), 227-234. Recuperado de <http://emotional.intelligence.uma.es/documentos/11-Rey2011Perceived.pdf>
- Rumble, A. C., Van Lange, P., y Parks, C.D. (2010). The benefits of empathy: When empathy may sustain cooperation in social dilemmas. *European Journal of Social Psychology*, 40, 856-866.
- Salanova, M., Bresó, E., y Schaufeli, W. B. (2005). Hacia un modelo espiral de las creencias de eficacia en el Estudio del Burnout y del Engagement. *Ansiedad y Estrés*, 11(2-3), 215-231.
- Salovey P., y Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*, 9, 185-211.
- Salovey, P., Stroud, L., Woolery, A., y Epel, E. (2002). Perceived emotional intelligence, stress reactivity, and symptom reports: Further explorations using the Trait Meta-Mood Scale. *Psychology and Health*, 17, 611-627.
- Shin, D. C., y Johnson, D. M. (1978). Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. *Social Indicators Research*, 5, 475-492.
- Sosa, M., y Rodríguez, A. (2011). Validación de la Escala Autoinformada de Inteligencia Emocional Infantil (EAIEI). *Revista Mexicana de Psicología*. Sociedad Mexicana de Psicología y Colegio Mexicano de Profesionistas de la Psicología. Número especial 909 a 911.
- Thompson, B., Waltz, J., Croyle, K., y Pepper, A. (2007). Trait meta-mood and affect as predictors of somatic symptoms and life satisfaction. *Personality and Individual Differences*, 43, 1786-1795.
- Toulouse, H., y Pierón, E. (2013). *Prueba de percepción y atención*. 8a. ed. revisada y ampliada. Madrid: Tea Ediciones.
- UNICEF (2007). *Child poverty in perspective: An overview of child well-being in rich countries*. París: Innocenti Research Centre. Report Card 7.
- Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención Psicosocial*, 3, 87-116.
- Warden, D. y Mackinnon, S. (2003). Prosocial children, bullies and victims: an investigation of their sociometric status, empathy and

social problem-solving strategies. *British Journal of Developmental Psychology*, 21(3), 367-385.

PRUEBA UACJ

PRUEBA UACJ

CAPÍTULO 5

Depresión en pacientes con tuberculosis activa en tratamiento y su relación con políticas de salud mental en Ciudad Juárez, Chihuahua

Priscila Montañez Alvarado

Irene Carrillo Saucedo

Lucía Neret Quintana Moye

PRUEBA

RESUMEN

La alta prevalencia de la tuberculosis en México provoca que se le considere como un serio problema de salud pública, debido al impacto social y económico que genera. En un intento de luchar contra esta enfermedad, nace la Norma Oficial Mexicana (NOM) 006, tratando de asumir un compromiso político y económico en la lucha contra la tuberculosis con la asesoría y participación de la OMS y la OPS. El objetivo de este estudio es evaluar el nivel de depresión en pacientes con tuberculosis activa en tratamiento y su impacto en relación con las políticas de salud mental dentro de la Norma Oficial Mexicana 006. Se efectuó un estudio transversal comparativo para medir la frecuencia y niveles de depresión en un grupo de 305 pacientes con tuberculosis activa en tratamiento, a quienes se aplicó el Inventario de Depresión

de Beck. De esta muestra, 166 (54.43%) fueron hombres y 139 (45.57%) mujeres. La prevalencia de depresión encontrada en los participantes de este estudio fue de 61%; encontrándose los niveles más altos en el grupo de hombres que constituyeron la muestra. La diabetes mellitus fue una variable que se considera afectó los niveles de depresión en el grupo de pacientes estudiados.

A través de la revisión de la Norma Oficial Mexicana se revela que no incluye al menos de manera explícita la atención integral a la salud mental del paciente en tratamiento contra la tuberculosis, a pesar de las altas prevalencias de depresión encontradas. Una de las conclusiones emanadas de este estudio es que se debiera incluir un programa de atención integral, que se ocupe de la salud mental del paciente con tuberculosis activa en tratamiento, entre otras cosas.

Palabras clave: depresión, tuberculosis pulmonar activa, diabetes mellitus y políticas de salud pública.

INTRODUCCIÓN

A través de la historia, la tuberculosis ha sido considerada una enfermedad tabú, alrededor de la cual se ha entretelado un componente psicológico. Las connotaciones psicosociales que rodean a esta enfermedad influyen en que se genere el estigma social, lo cual posibilita factores de riesgo para la depresión.

La *marca social* que se forja en torno a la tuberculosis ha sido conocida desde hace mucho tiempo, etiquetándose como una “enfermedad sucia”, “una pena” o un castigo impuesto a los “culpables”. Esta discriminación acarrea consecuencias en el bienestar individual y, por ende, en el control de la epidemia

(Báguena, 1992). Para las personas afectadas, la tuberculosis significa la exclusión de la familia o la comunidad y hasta la pérdida de empleo y estabilidad emocional.

A diferencia de otros problemas de salud como el SIDA, las enfermedades mentales y la obesidad, el estigma social de la tuberculosis se ha analizado poco y cuando se ha hecho, el análisis en su mayoría ha destacado la ignorancia, creencias erróneas y temores de la comunidad acerca de la misma (Doherty, *et al.*, 2013). El impacto epidemiológico, económico y social, así como la magnitud de sufrimiento y muerte causada por la pandemia global de la tuberculosis es tan alarmante como inaceptable. Cabe hacer notar que la tuberculosis produce aproximadamente nueve millones de nuevos casos al año en el mundo y que ha resurgido con inusitada violencia, llegando a ser la causa de muerte de casi dos millones de personas por año en el mundo, incluyendo a hombres, mujeres y niños afectados en sus edades productivas. Se calcula que cerca de dos mil millones de personas, es decir, la tercera parte de la población mundial, está infectada por el bacilo de la tuberculosis (OMS, 2013).

La tuberculosis desestabiliza la estructura de la sociedad ocasionando, entre otras cosas, deserción de los niños de la escuela, ausencia de los adultos a sus trabajos, estigmatiza socialmente a las personas, afecta a los más pobres del mundo, a los marginales y otros grupos vulnerables en un círculo vicioso de enfermedad y miseria, donde tres de cada cuatro personas con tuberculosis son adultos jóvenes, consumidos en la plenitud de sus vidas. Frente a esta situación, en la cual existe un conocimiento público del problema, así como un tímido compromiso político de los gobiernos, resultan insuficientes los esfuerzos, pues la persona enferma con tuberculosis, no sólo experimenta

síntomas físicos, sino que, a su vez, genera tristeza, sentimiento de culpa, rechazo al tratamiento por lo prolongado del mismo, temor al no saber si logrará la curación completa y, en lo social, tiene un estigma (Doherty *et al.*, 2013). Por lo que es imperativo brindar atención psicológica a estos enfermos, especialmente a los casos de pacientes que sufren recaídas o que abandonan el tratamiento y se convierten en enfermos crónicos, ya que ellos padecen los trastornos psicológicos más críticos, en comparación de quienes se enferman por primera vez (Gómez y Gómez, 2002).

En la declaración “Stop a la Tuberculosis” del 24 de marzo de 2000 en Ámsterdam, Holanda, durante la Conferencia Ministerial sobre la Tuberculosis y Desarrollo Sostenible, con la participación de más de 20 países con altas tasas de mortalidad por tuberculosis, se expresó la necesidad de iniciar acciones urgentes y aceleradas en la lucha contra la tuberculosis, considerándola una enfermedad endémica con altos índices de mortalidad en la población, lo que a su vez implica un serio impedimento para el desarrollo de las naciones (World Health Organization [WHO], 2003).

Es por lo anterior que nace el objetivo de este estudio, el cual consiste en demostrar la relación entre los niveles de depresión y la adherencia al tratamiento de la tuberculosis, tanto en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), como dentro de los centros de atención a la tuberculosis, más específicamente en el Centro de Tratamiento a la Tuberculosis con Observación Directa (DOT, por su sigla en inglés) en Ciudad Juárez, Chihuahua. En el IMSS, se lleva a cabo el seguimiento de la Norma Oficial Mexicana sobre la prevención y el control de la tuberculosis; desde el aspecto operativo se da el Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES) en cada una de las

unidades de medicina familiar en el Departamento de Medicina Preventiva y Epidemiología. Allí acude el paciente enfermo de tuberculosis activa, enviado por el médico familiar, y se le realiza un estudio epidemiológico, así como el estudio de contactos, se establece el tratamiento diario, donde el paciente tiene que acudir cada día a la misma hora para recibir el tratamiento durante el tiempo que se haya propuesto (mínimo seis meses). Esto implica que el paciente tenga que trasladarse de su casa a la Unidad de Medicina Familiar y realizar un gasto diario en transporte, además de los efectos colaterales del medicamento que tiene que reportar diariamente. En condiciones normales así debe realizarse el proceso, pero con frecuencia hay abandono al tratamiento por parte del paciente. En esos casos, la enfermera reporta al epidemiólogo y al médico familiar para su reincorporación al tratamiento. Se ha observado cómo la estabilidad emocional de los pacientes, así como su estado de ánimo, influyen durante el tratamiento (NOM 006, 2013).

DEPRESIÓN

UACJ

Este desequilibrio emocional posibilita que los pacientes generen trastornos mentales, tales como los síntomas depresivos (Beck, 1961, 1963, 1972, 1995; Beck, Steer y Brown, 1996). Los trastornos mentales afectan a millones de personas en el mundo, al respecto la OMS (2013) estima que 151 millones de personas sufren depresión y que de 3 a 10% de la población mundial sufre una enfermedad depresiva. La tasa de población adulta que sufre depresión y/o ansiedad varía entre 12 y 15%.

También, la OMS (2013) afirma que para el año 2020, la depresión será la segunda causa de incapacidad en el mundo, lo

que coloca a este trastorno anímico y mental en un lugar bastante preocupante, sobre todo si se considera que las consecuencias de sufrirla son evidentes no sólo en la vida personal y profesional, sino también, en algunos casos, puede terminar en tragedias mayores si se le permite prosperar (OMS, 2013).

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo de investigación es determinar la relación que existe entre la tuberculosis y la depresión en los grupos tratados, esquemas de tratamiento y factores sociodemográficos importantes y, además, hacer una revisión de las políticas de salud existentes en la Norma Oficial Mexicana sobre el tratamiento de la tuberculosis donde se pudiera incluir la salud mental.

HIPÓTESIS

Conocer si existe relación directa entre la tuberculosis y los niveles de depresión en los pacientes con diagnóstico y tratamiento de la infección por tuberculosis activa, y revisar si en la Norma Oficial Mexicana 006, se incluye la salud mental en este tipo de enfermedades.

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional, transversal comparativo de tipo prospectivo en pacientes con tuberculosis pulmonar

activa para identificar el riesgo de depresión aplicando el Inventario de Depresión de Beck.

Diseño

Se trabajó mediante un diseño para un solo grupo donde se calificaron los diferentes niveles de depresión a través del diagnóstico del Inventario de Depresión de Beck, comparando al interior con el subgrupo de no depresión.

Participantes

Para este estudio, se reclutó a 305 pacientes con diagnóstico de tuberculosis con un promedio de edad de 49 años (DE = 17.9), con un rango desde los 18 hasta los 93 años, de los cuales fueron 166 hombres (54%) y 139 mujeres (46%).

Los participantes se encontraban al momento del estudio en TAES del IMSS en las Unidades de Medicina Familiar 34, 46, 47, 48, 61, 64 y 65, así como bajo el sistema DOT en la Clínica Médica Internacional de Ciudad Juárez.

Criterios de inclusión

1. Ser paciente con diagnóstico confirmado de tuberculosis pulmonar activa en tratamiento.
2. Edad mayor a 18 años.
3. Sin distinción de sexo.
4. Aceptación de participar en el estudio.

Criterios de exclusión

Se excluyó de este estudio a pacientes enfermos con otros padecimientos además de la tuberculosis, como, por ejemplo: cáncer, SIDA, con diagnóstico previo de enfermedad psiquiátrica, con enfermedad terminal concomitante, y en estado de embarazo.

Procedimiento

La aplicación del cuestionario se llevó a cabo por las investigadoras y la colaboración del personal de enfermería, quienes tenían a su cargo a los pacientes con tuberculosis pulmonar. A todos los pacientes se les preguntó si estaban dispuestos a participar en un estudio sobre la tuberculosis asociada a la depresión, para lo cual debían responder al Inventario de Depresión de Beck en su versión en español de manera voluntaria y libre, sin afectar su atención en caso de no aceptar. Además, se les tomó información sobre sus datos sociodemográficos y personales, asegurándoles el manejo confidencial y anónimo de su información.

INSTRUMENTOS

Inventario de Depresión de Beck (Beck, 1961)

Es un cuestionario de autorreporte de 21 ítems que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos. En la versión revisada de 1972, se sistematizan cuatro opciones de respuesta para cada ítem, que evalúan la gravedad/intensidad del síntoma y que se presentan igualmente ordenadas de menor a mayor gravedad.

Su contenido enfatiza más en el componente cognitivo de la depresión, ya que los síntomas de esta esfera representan cerca de 50% de la puntuación total del cuestionario, siendo los síntomas de tipo somático/vegetativo el segundo bloque de mayor peso; de los 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicógeno-cognitivos y los 6 restantes a síntomas somático-vegetativos (Beck *et al.*, 1996). Esta versión fue adaptada al español y validada, y ha sido durante mucho tiempo la más conocida en nuestro país.

A efecto de cribado o detección de casos en población general, el punto de corte ha sido establecido en > 13 puntos (Lasa, Ayuso-Mateos, Vázquez y Díez-Manrique, 2000). Sus índices psicométricos han sido estudiados de manera casi exhaustiva, mostrando una buena consistencia interna (alfa de Cronbach 0.76 – 0.95). La confiabilidad test oscila alrededor de $r = 0.8$.

ANÁLISIS DE DATOS

Para el análisis de los datos, se utilizó el paquete estadístico Epi-Info versión 6.04 y se consideró un valor de alfa igual o menor de 0.05 estadísticamente significativo. Para asociaciones y correlaciones cuantitativas se hizo un análisis paramétrico a través de las pruebas de T para grupos independientes y prueba de z para variables de distribución normal.

Se realizó un análisis de varianza (Anova) para comparar dos o más grupos de distribución normal a cada una de las variables por separado, con el fin de controlar variables de confusión.

RESULTADOS

Frecuencia de depresión

La frecuencia de depresión en el grupo de 305 pacientes incluidos en el estudio después de la aplicación del cuestionario Beck para la detección de los diferentes niveles de depresión, es de 120 pacientes (39.3%) en el grupo sin depresión, 109 pacientes (35.7) con depresión leve, con depresión moderada 69 pacientes (22.62%) y sólo 7 pacientes (2.3%) tuvieron depresión severa.

Tabla 1. Frecuencia de depresión

<i>n</i> = 305	Frecuencia (%)
BDI	
Sin depresión	120 (39.3)
Depresión leve	109 (35.7)
Depresión moderada	69 (22.6)
Depresión severa	7 (2.3)

Frecuencia de depresión de acuerdo con el sexo

Se encontró que el grupo de sexo masculino fue con mayor frecuencia el que presentó algún grado de depresión comparado con el de las mujeres, especialmente depresión leve y moderada; esto es, 37% de depresión leve en hombres en relación a 34% de mujeres. Tratándose de depresión moderada, hubo 23% en hombres, contra 22% en mujeres. Sin embargo, en el grupo de sexo femenino tuvo mayor incidencia la depresión severa: 4% en las mujeres y 1% en los hombres, es decir, que en las mujeres, la depresión severa se presenta tres veces más que en los hombres.

Así entendemos que los hombres se deprimen con mayor frecuencia. A medida que el cuadro depresivo es leve y moderado, es más manifiesto en el sexo masculino con valores más altos respecto al sexo femenino, pero la depresión severa es mayor en el grupo de las mujeres, mientras que el promedio de puntuación del Inventario de Depresión de Beck para hombres fue de 16.03 (DE = 7.99), comparado con el promedio de puntuación del Inventario de Beck para mujeres de 15.62 (DE = 9.05), respectivamente. Se realizó un análisis estadístico de T con el propósito de establecer la diferencia entre los grupos de hombres y mujeres, y se encontró una $F(303) = 0.414$, $p = 0.679$, lo que no representa una diferencia estadísticamente significativa.

Tabla 2. Frecuencia de depresión de acuerdo con el sexo

Sexo	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión severa
Masculino	61 (37%)	38 (23%)	2 (1%)
Femenino	48 (34%)	31 (22%)	5 (4%)
Total	109 (71%)	69 (45%)	7 (5%)

Depresión asociada a diabetes y tuberculosis

Al hacer un análisis estadístico de otras enfermedades asociadas a la tuberculosis y depresión resultó que únicamente la diabetes fue la que presentó mayor frecuencia, por lo que ameritaba un análisis estadístico de asociación y factores de riesgo por separado. Llama la atención que sólo un paciente de la muestra estudiada tenía diagnóstico previo de depresión, lo cual fortalece nuestra hipótesis de que hay un subdiagnóstico de depresión en los pacientes con tuberculosis, por lo tanto, no son atendidos para este problema, ocasionando un riesgo de fracaso al tratamiento por abandono o por no cumplimiento adecuado.

Tabla 3. Análisis de depresión asociada a diabetes y tuberculosis

Diabetes mellitus	Sin depresión n (%)	Depresión leve n (%)	Depresión moderada n (%)	Depresión severa n (%)	Total n (%)
Sin diabetes mellitus	72 (24%)	75 (25%)	54 (18%)	6 (2%)	207 (68%)
Con diabetes mellitus	48 (16%)	34 (11%)	15 (5%)	1 (0%)	98 (32%)
Total	120 (39%)	109 (36%)	69 (23%)	7 (2%)	305 (100%)

Al realizar el análisis de la diabetes como una enfermedad agregada a la tuberculosis, se encontró que 32% de la muestra (98 pacientes) tenía diabetes mellitus como enfermedad

agregada, y que la frecuencia de algún grado de depresión en el grupo con diabetes fue de 51% (50 pacientes), en contraste con los no diabéticos; y acerca de algún grado de depresión, el porcentaje fue mayor, 65.3% (135 pacientes) sin diabetes. En el análisis de varianza se encontró que el puntaje del Inventario de Depresión de Beck en el grupo no diabético fue de 17.02 (DE = 8.20) y en el grupo con diabetes mellitus la media fue de 13.36 (DE = 8.42); con una $F(1, 303) = 12.9$ $p < .000$, resultando estadísticamente significativa la diferencia entre ambos grupos. Se realizó la prueba d de Cohen para evaluar el tamaño del efecto, encontrándose un resultado moderado: d de Cohen 0.44.

Tabla 4. Diferencia de puntuaciones del Inventario de Beck en relación con la diabetes

	n	M (DE)	d de Cohen
Sin diabetes mellitus	207	17.02 (8.2)	0.44
Con diabetes mellitus	98	13.3 (8.5)	
Total	305		

Depresión asociada al diagnóstico final

Se realizó el análisis del diagnóstico final, con el objetivo de conocer si los pacientes continuaban o finalizaron el tratamiento, además de las condiciones en que lo habían terminado. De ellos, 21 (8%) tenía algún grado de depresión, con un riesgo relativo de 2.48 veces más de posibilidades de que al tener depresión pudieran abandonar el tratamiento (OR = 2.48). En el análisis de Anova, se obtuvo una $F(5, 299) = 0.8736$, $p = 0.499$, encontrándose que no hay una diferencia estadísticamente significativa entre el diagnóstico final con el de la depresión, probablemente por el efecto del tamaño de la muestra de cada subgrupo cuando se analizaron por separado.

Tabla 5. Depresión asociada a diagnóstico final

Condición	Sin depresión	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión severa	Total
Curado	43 (14%)	31 (10%)	17 (6%)	1 (0%)	92 (30%)
Terminó sin baciloscopia	55 (18%)	52 (17%)	30 (10%)	4 (1%)	141 (46%)
Abandonó	6 (2%)	12 (4%)	8 (3%)	1 (0%)	27 (9%)
Defunción por tuberculosis	8 (3%)	9 (3%)	3 (1%)	1 (0%)	21 (7%)
Abandonó por otras causas	7 (2%)	4 (1%)	10 (3%)	0 (1%)	21 (7%)
Continúa en tratamiento	1 (0%)	1 (1%)	1 (0%)	0 (0%)	3 (1%)
Total	120 (39%)	109 (36%)	69 (23%)	7 (2%)	305 (100%)

En la tabla 5 se observa que los 27 pacientes que abandonaron el tratamiento tenían algún grado de depresión. Sin embargo, este porcentaje se diluye entre las otras condiciones del diagnóstico final como los que terminaron sin baciloscopia (141 pacientes), de los cuales 61% tenía algún grado de depresión (86 pacientes de 141). Terminaron tratamiento curados 92 pacientes, de los cuales 53% tenía algún grado de depresión (49 pacientes de 92). Los pacientes que fallecieron, ya sea por tuberculosis u otras causas, fueron 42, de los cuales 27 tuvieron algún grado de depresión (64%), y continuaban en tratamiento únicamente 3 pacientes.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El presente estudio estuvo enfocado en pacientes con tuberculosis pulmonar activa en tratamiento, en los cuales se encontró una prevalencia de depresión de 61%, cifra que contrasta con lo

hallado en la población general que es de 3 a 10% de la población mundial que sufre enfermedad depresiva. Además, se afirma que para el año 2020, la depresión será la segunda causa de incapacidad en el mundo (OMS, 2013). En este tenor, tal como se presenta en esta investigación, el gran número de pacientes en tratamiento por tuberculosis resulta una cifra alarmante, a lo cual se añade la falta de políticas públicas que se traduzcan en normas y procedimientos enfocados en el diagnóstico y tratamiento oportuno de dicha enfermedad, así como en la prevención de la depresión en este tipo de pacientes.

Por otra parte, en la revisión de la Norma Oficial Mexicana 006, observamos que ésta carece de atención en el área psicosocial en lo referente a la enfermedad de la tuberculosis, pues aunque se otorga mayor énfasis al tratamiento farmacológico y su adherencia, no se consideran de manera adecuada los factores del área psicosocial, que con frecuencia se presentan en el paciente, como es la depresión asociada a esta enfermedad y que ocasiona el desánimo para finalizar el tratamiento. Lo anterior, además de desencadenar el abandono del tratamiento, se convierte en un problema de salud pública que afecta la evolución de esta enfermedad y, más importante aún, a todo el entorno en el que se ve envuelto el paciente.

Por lo que podemos concluir que:

- La depresión se encuentra muy frecuentemente asociada a la tuberculosis en más de la mitad de los pacientes del presente estudio y no está siendo debidamente atendida.
- El grupo mayormente afectado por la depresión en los niveles leve y moderada es el del sexo masculino, y el grupo del sexo femenino, en el nivel severo.

- La diabetes fue la principal enfermedad agregada a la tuberculosis, sin embargo, los no diabéticos tuvieron mayor riesgo de desarrollar depresión.
- El abandono al tratamiento de tuberculosis se asoció a un mayor porcentaje de algún grado de depresión.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association, Rush, J. (2000). *Handbook of Psychiatric Measures*. Washington: American Psychiatric Association.
- Báguena, M. J. (1992). *La tuberculosis y su historia*. Barcelona: Fundación Uriach.
- Beck, A. T. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561.
- Beck, A. T. (1963). Thinking and Depression: Idiosyncratic Content and Cognitive Distortions. *Archives of General Psychiatry*, 9, 324-333. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1963.01720160014002>
- Beck, A. T. (1972). *Depression: causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (1996). *BDI-II, Beck depression inventory: Manual*. San Antonio, TX: Psychological.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (2013). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Doherty, A. M., Kelly, J., McDonald, C., O'Dywer, A.M., Keane, J., y Cooney, J. (2013). A review of the interplay between tuberculosis and mental health. *General Hospital Psychiatry*, 35(4), 398-406.

- Gómez V., L. M. y Gómez, G. (2002). *La adherencia al tratamiento del paciente con tuberculosis pulmonar: Apoyo familiar*. VII Foro Regional de Investigación en Salud.
- Lasa, J. L. *et al.* (2000). The use of the Beck Depression Inventory to screen for depression in the general population: a preliminary analysis. *Journal of affective disorders*, 57(1), 261-265. Ed. Elsevier.
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Clasificación Internacional de Enfermedades*, 10^a. ed. Estados Unidos.
- Secretaría de Salud (2013). *Norma Oficial Mexicana para la prevención y control de la tuberculosis* [NOM-006-SSA2-2013]. DOF: 13-11-2013.
- World Health Organization (2003). *Treatment of tuberculosis. Guidelines for National Programmes*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2010). *Global Tuberculosis Control Report*. Geneva: WHO.

PRUEBA

UACJ

Sobre los autores

Dra. Sarah Margarita Chávez Valdez

sarahmargaritachavez@gmail.com

Cuenta con la Maestría en Psicología Social y de las Organizaciones (PNPC Conacyt, 2005-2007) por la Escuela Libre de Psicología A.C. (ELPAC). Tiene el Doctorado en Psicología con Énfasis en Salud y Violencia por la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez (posgrado de excelencia Conacyt), por el cual obtuvo mención honorífica. Actualmente es miembro del Sistema Nacional de Investigadores nivel C. Ha ejercido puestos gerenciales en la iniciativa privada y en asociaciones civiles, y por más de quince años ha sido catedrática e investigadora de la ELPAC, realizando investigaciones sobre tópicos relacionados con la psicología social, organizacional y de educación, específicamente en estudios sobre violencia, percepción de riesgo y victimización en jóvenes, así como en empoderamiento de mujeres. Ha publicado investigaciones relacionadas con la percepción de la violencia en jóvenes de Ciudad Juárez y de la ciudad de Chihuahua. Ponente en congresos de psicología nacionales e internacionales.

Dra. Leticia Ríos-Velasco Moreno

lrios@uacj.mx

Licenciada en Psicología por la Universidad Autónoma de Chihuahua. Cuenta con la Maestría en Trabajo Social por la Universidad Autónoma de Nuevo León, con un Máster Universitario

en Investigación en Psicología de la Salud por la Universidad de Málaga, España. Además, tiene un Doctorado en Psicología de la Salud por la Universidad de Málaga, España, por el que obtuvo el reconocimiento *Cum laude*. Realizó una estancia posdoctoral en la Universidad Nacional Autónoma de México, en la línea de investigación y aplicación del conocimiento en Psicología de la Salud con énfasis en pacientes que padecen dolor crónico. Es profesora investigadora de tiempo completo, con perfil PRODEP, en el Departamento de Ciencias Sociales de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. Es miembro del Cuerpo Académico UACJ-CAEC-61: Psicología Clínica y de la Salud, Violencia y Familia. Sus líneas de aplicación y generación del conocimiento son: violencia, cultura y familia e investigación en salud, psicopatología y sistemas. Ha publicado diversos artículos y capítulos de libros, y presentado ponencias en congresos nacionales e internacionales. Una de sus obras conocidas es *Vulnerabilidad y resiliencia: diferencias interculturales en la experiencia del dolor crónico* (2015). Se desempeñó como coordinadora del Programa Académico de Psicología de la UACJ durante el periodo de octubre de 2000 a octubre de 2006 y fue coordinadora enlace de los programas académicos del Instituto de Ciencias Sociales y Administración en Ciudad Universitaria. También se desempeñó, hasta diciembre de 2017, como subdirectora de Atención a Alumnos en la Dirección General de Servicios Académicos de la UACJ.

Dra. Beatriz Maldonado Santos

beatriz.maldonado@uacj.mx

Responsable del Cuerpo Académico UACJ-CAEC-61 consolidado: Psicología Clínica y de la Salud, Violencia y Familia. Sus líneas de aplicación y generación del conocimiento son: violencia,

cultura y familia e investigación en salud, psicopatología y sistemas. Es profesora investigadora de los programas de doctorado y licenciatura en Psicología en la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. Cuenta con perfil deseable PRODEP, con nivel C, otorgado por el Sistema Nacional de Investigadores. Asimismo, forma parte del comité editorial de la revista *Cuadernos Fronterizos*, y es miembro titular de la Sociedad Mexicana de Psicología.

Fue coordinadora de evaluación y seguimiento del Centro de Prevención y Atención a Mujeres y Familias en Situación de Violencia (Musivi), así como coordinadora general de asesoría psicopedagógica en el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey, Campus Ciudad Juárez.

Es Doctora en Psicoterapia Humanista por el Instituto Humanista de Sinaloa, Maestra en Terapia Familiar Sistémica por el Instituto Regional de la Familia de Chihuahua y Licenciada en Psicología con la tesis doctoral: *Sistemas familiares monoparentales de madre, su funcionalidad y estructura*. Ha escrito diversos artículos y capítulos de libros publicados y es ponente en congresos nacionales e internacionales. Los libros de su autoría publicados son: *Familias uniparentales* (2011) y *Experiencias en investigación y sus metodologías* (2013).

Dr. Oscar Armando Esparza del Villar

oesparza@uacj.mx

Profesor-Investigador de tiempo completo, con perfil PRODEP en la UACJ, en los programas de licenciatura y doctorado en Psicología. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores, nivel 1. Coordinador del programa de Doctorado en Psicología de la UACJ de 2012 a 2018. Obtuvo la Licenciatura en Psicología, la Maestría en Psicología Clínica y el Doctorado en Psico-

logía de la Salud en la Universidad de Texas en El Paso, Estados Unidos. Pertenece al cuerpo académico consolidado UACJ 79 “Psicología Experimental y Clínica de la Salud”, donde maneja las líneas de investigación del fatalismo, actividad física y violencia. Es autor de 60 publicaciones de distintos tipos en medios nacionales e internacionales, y ha sido ponente en más de 100 presentaciones en congresos nacionales e internacionales.

Dra. Graciela Cristina Avitia

graciela.avitia@uacj.mx

Licenciada en Psicología por la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. En 2012 recibió su título de Máster en Psicopatología, Salud y Neuropsicología por la Universitat Jaume I, Castellón, España, donde también colaboró con el grupo de Neuropsicología y Neuroimagen funcional de dicha universidad y en la Asociación de familiares por los derechos de las personas con enfermedad mental en Castellón. En agosto del 2016 fue nombrada Doctora en Psicología por la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, en la cual ha sido docente desde el 2013 y miembro del cuerpo académico Investigación multidisciplinaria en Ciencias de la Salud.

Dra. Yolanda Loya Méndez

yloya@uacj.mx

Licenciada en Medicina General por la UACJ; tiene el Doctorado en Medicina por la Universidad de Zaragoza en España. Es profesora de tiempo completo en la UACJ desde 2003 en los programas de la Licenciatura en Nutrición y Maestra en Ciencias con Orientación Genómica. Sus proyectos de investigación con financiamiento externo son: Identificación de marcadores ambientales y genéticos de susceptibilidad al desarrollo de la dia-

betes mellitus tipo 2; Determinantes ambientales y genéticos de la masa ósea en mujeres perimenopáusicas; Identificación de marcadores de síndrome metabólico en niños y adolescentes; y Variantes genéticas en los genes BRCA 1 y 2 en mujeres con cáncer de mama.

Su cuerpo académico se compone de investigación interdisciplinaria en ciencias de la salud. Sus líneas de investigación tienen que ver con la neuropsicología y la nutrigenómica, así como con el diagnóstico e intervención multidisciplinaria en ciencias de la salud. Ha dirigido varias tesis de licenciatura, maestría y doctorado. Además, ha publicado artículos en revistas indexadas.

Dra. Verónica Portillo Reyes

veronica.portillo@uacj.mx

Doctora y Maestra en Psicología Clínica y de la Salud por la Universidad de Granada, España; cuenta con un posdoctorado en la Universidad de Wilmington en Carolina de Norte, Estados Unidos. Actualmente, es maestra de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez y miembro del cuerpo académico Investigación multidisciplinaria en Ciencias de la Salud. Cuenta con diversas publicaciones en temas de neuropsicología y psicología relacionados con salud y genética. Además, es dictaminadora de artículos en revistas de prestigio internacional, como son: *Journal of Nutritional Health & Food Scienc*, *Journal of Child Neurology*, *Psychological Assesmen* y *Revista Latinoamericana de Psicología*.

Dr. Gilberto Reyes Leal

gireyes@uacj.mx

Cuenta con la Licenciatura en Químico Farmacéutico Biólogo (QFB) por la Universidad Nacional Autónoma de México, con el

Doctorado en Bioquímica y Biología Celular y Molecular por la Universidad de Zaragoza, España.

Es profesor investigador en la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, donde imparte asignaturas en los programas de las licenciaturas de Médico Cirujano, Química, QFB, Nutrición, y en los posgrado como son la maestrías en Ciencias Orientación Genómica y en Salud Pública. Ha desarrollado proyectos de investigación con apoyo externo y financiamiento Conacyt. Ha publicado diversos artículos en revistas indexadas, tanto nacionales como internacionales.

Dra. Rocío García Hernández

rhozio@hotmail.es

Cuenta con el Doctorado en Psicología por la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, la Maestría en Educación por la Universidad Virtual del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey y la Licenciatura en Psicología por la Escuela Libre de Psicología. Se ha desempeñado principalmente dentro del ámbito educativo como docente, brindando consejería psicológica a estudiantes y padres de familia, y como terapeuta de integración educativa en el área de educación especial, implementado talleres de educación emocional en escuelas primarias del estado de Chihuahua.

Ha realizado investigaciones en el área educativa como el estudio de la “Determinación de la prevalencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en escuelas de educación básica, en la región de Chihuahua” (tesis para obtener el grado de licenciada en Psicología), “Factores que intervienen en la satisfacción académica de los alumnos y repercuten en sus aprendizajes” (tesis para obtener el grado de maestra en Educación) y el programa de educación emocional en alumnos

y docentes de educación primaria en Chihuahua (tesis para obtener el grado de doctora en Psicología).

Dra. Priscila Montañez Alvarado

priscila.montanez@uacj.mx

Licenciada en psicología por la Escuela Superior de Psicología de Ciudad Juárez, A.C. Tiene la Maestría en Psicología Clínica y psicoterapia por la Escuela Superior de Psicología de Ciudad Juárez, A.C. Doctorada en Psicología Clínica y de Salud por la Universidad Autónoma de Barcelona, con reconocimiento *Cum Laude*, profesora de tiempo completo en la UACJ. Pertenece al cuerpo académico consolidado UACJ 79 “Psicología Experimental y Clínica de la Salud”.

Dra. Irene Concepción Carrillo Saucedo

icarrillo@uacj.mx

Tiene la Licenciatura en Psicología por la Escuela Superior de Psicología de Ciudad Juárez, A.C., la Licenciatura en Trabajo Social por la UACJ, la Maestría en Psicología Clínica y Psicoterapia por la Escuela Superior de Psicología de Ciudad Juárez, A.C. y el Doctorado en Leadership in Administration and Education por la Universidad de Texas en El Paso. Es profesora de tiempo completo en la UACJ, en los programas de la Licenciatura en Psicología, de la Maestría en Psicología y del Doctorado en Psicología y Énfasis en Salud y Violencia. Brinda conferencias a nivel nacional e internacional.

Dra. Lucía Neret Quintana Moye

lucia.quintana@uacj.mx

Tiene la Licenciatura en Psicología por la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, la Maestría en Psicoterapia Gestalt In-

fantil por el Centro de Entrenamiento Gestalt Fritz Perls y el Doctorado en Psicología Clínica y de la Salud por la Universidad Autónoma de Barcelona.

Es profesora investigadora de tiempo completo de la UACJ. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores nivel C, y cuenta con perfil PRODEP. Imparte actualmente en la misma universidad las materias de Psicología Infantil y Seminario de Tesis en el programa de la Licenciatura en Psicología, y Supervisión a la Terapia en la Maestría en Psicoterapia Humanista y Educación para la Paz. En 2002 coordinó el módulo receptor, supervisando las entrevistas iniciales y hojas de diagnóstico terapéutico; en 2006 ocupó el cargo de directora del Centro de Prevención y Atención a Mujeres y Familias en Situación de Violencia, donde dirigió las cuatro áreas de la institución (psicología, trabajo social, medicina y legal), asimismo ha brindado asistencia y participado en redes de trabajo con otras dependencias y en los medios de comunicación.

UACJ

PRUEBA UACJ

PRUEBA UACJ

PRUEBA UACJ

Experiencias de intervención psicológica comunitaria en contextos de salud, educación y violencia en el estado de chihuahua
se terminó de imprimir el xx de marzo de 2020, de Delirio.
Servicios editoriales, S.A. de C.V., Jesús de Valle 1982-2,
col. Jardines del lago, C.P. 25280, Saltillo, Coahuila, México.
El tiraje consta de 200 ejemplares.

UACJ