

# Revista Mexicana de Investigación en Psicología Social y de la Salud

1

Revista semestral

Enero - Junio

2011



Consortio de  
Universidades  
Mexicanas

UNA ALIANZA DE CALIDAD POR LA EDUCACIÓN SUPERIOR



## **Directorio**

### **CUMex**

#### **Presidente del Consorcio de Universidades Mexicanas**

Lic. Mario Alberto Ochoa Rivera  
Rector de la Universidad Autónoma de Coahuila

#### **Coordinadora General del CUMex**

M. Ed. Flavia Jamieson Ayala

#### **Secretaría Técnica**

Lic. Adriana Agüero Cepeda

#### **Coordinador de Movilidad, Comparabilidad e Internacionalización**

Lic. Daniel Garza Treviño

#### **Coordinador de Cátedras Nacionales**

Dr. Francisco M. Osorio Morales

#### **Administrador Web**

M.C. David Ernesto Adame Leyva

### **Universidad de Sonora**

#### **Rector**

Dr. Heriberto Grijalva Monteverde

#### **Secretario General Académico**

Dr. Enrique Velázquez Contreras

#### **Secretaría General Administrativa**

M.E. Rosa Elena Trujillo Llanes

#### **Vicerrectora de la Unidad Regional Centro**

Dra. Arminda Guadalupe García de León Peñúñuri

#### **Directora de la División de Ciencias Sociales**

Dra. Dora Elvia Enríquez Licón

#### **Director de Vinculación y Difusión**

M.D.O. Manuel Ignacio Guerra Robles

### **Universidad Autónoma de Yucatán**

#### **Rector**

MVZ. Alfredo Dájer Abimerhi, M.Phil

#### **Secretario General**

MI. José Antonio González Fajardo

#### **Director General de Desarrollo Académico**

Dr. José de Jesús Williams

#### **Directora de la Facultad de Psicología**

Mtra. Marissa Lorena Gamboa Ancona

#### **Editoras Responsables**

Universidad Autónoma de Yucatán  
Teresita Castillo León

Universidad de Sonora  
Martha Frías Armenta

#### **Consejo Editorial**

U A Coahuila  
Jana Petrzelova

#### **UAMEX**

Norma Ivonne González  
Arratia López Fuentes  
Johannes Oudhof van Barneveld  
José Luis Valdez Medina

#### **UANL**

René Landero Hernández  
Cirilo Humberto García Cadena  
Mónica Teresa González Ramírez  
Fuensanta López Rosales  
José Moral de la Rubia

#### **UADY**

Mirta Margarita Flores Galaz  
José Humberto Fuentes Gómez  
Elías Alfonso Góngora Coronado

#### **UNICOL**

Francisco Laca Arocena

#### **UNISON**

Víctor Corral Verdugo  
Blanca Fraijo Sing  
Daniel González Lomelí

#### **UAZ**

Georgina Lozano Razo

**Director del Departamento de Desarrollo y Producción Editorial**  
Raúl Acevedo Savin

**Diseño Editorial**  
Leonel López Peraza

**Compuedición**  
Mario Roberto García Torres

**Corrección de Estilo**  
Sol Gabriela Fontes Real

**Corrección de Galeras**  
Rosa Delia Delgado Domínguez  
María Auxiliadora Teresa Urquijo Durazo

**Jefe de Producción Editorial**  
Marco Antonio Soto Romandía



"El saber de mis hijos  
hará mi grandeza"

Derechos Reservados para esta edición  
D.R. © 2011 Universidad de Sonora

Departamento de Desarrollo y  
Producción Editorial  
Universidad de Sonora  
Edificio del Museo y Biblioteca  
Rosales y Blvd. Luis Encinas  
Hermosillo, Sonora  
C.P. 83000  
Teléfono 662 213 3587  
www.uson.mx  
editorial@vinculacion.uson.mx

ISSN: En trámite  
Impreso en México  
Printed in Mexico

## **Contenido**

Propiedades psicométricas de un formato de aplicación simplificado para el inventario de depresión de Beck .....	4
Validez y confiabilidad del instrumento de vínculo parental en madres de familia de la ciudad de Toluca .....	19
Factores protectores y los estilos de crianza: un modelo bioecológico .....	28
Indicadores de salud mental en mujeres de Zacatecas con pareja migrante .....	41
Resiliencia, autoestima y personalidad resistente en niños y adolescentes con antecedente de maltrato .....	51
Lineamientos generales .....	63

# Propiedades psicométricas de un formato de aplicación simplificado para el Inventario de Depresión de Beck

Psychometric properties of a simplified format application for the Beck Depression Inventory

---

José Moral de la Rubia

## Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo estimar la consistencia interna, distribución, estructura factorial y validez concurrente de un formato de aplicación simplificado para el Inventario de Depresión de Beck con 21 reactivos de 4 puntos de rango. Se empleó una muestra no probabilística de participantes voluntarios conformada por 100 parejas casadas. La escala presentó una consistencia interna alta ( $\alpha = .91$ ). Su distribución fue asimétrica positiva ( $M = 11.36$  y  $DE = 9.95$ ). Con base en el criterio de Cattell se definieron dos factores que explicaron el 39.47% de la varianza total. Al primer factor de 11 reactivos (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 13 y 19) se le denominó síntomas cognitivo-emocionales de depresión ( $\alpha = .87$ ); al segundo de 10 reactivos, factor de depresión somatizada (8, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 20 y 21) ( $\alpha = .85$ ). Los índices de ajuste fueron adecuados. Al reducir a cinco indicadores por factor el modelo factorial mostró buen ajuste, pero equivalente al modelo unidimensional. La correlación fue directa y moderada ( $rS = .56$ ) con afecto negativo (PANAS; Watson, Clark & Tellegen, 1988), severidad de síntomas somáticos ( $rS = .43$ ) (SSS; Woolfolk & Allen, 2007) y alexitimia ( $rS = .41$ ) (TAS20; Bagby, Parker & Taylor, 1994), e inversa y baja con afecto positivo ( $rS = -.18$ ). Se concluye que el formato ahorra espacio y tiempo en su aplicación, además posee indicadores psicométricos buenos parecido a la escala original.

## Abstract

This study was aimed at estimating the internal consistency, distribution, factor structure and concurrent validity of a simplified format application for the Beck Depression Inventory with its 21 items rated on a 4-point scale. A non-probabilistic sample of voluntary participants formed by 100 married couples was investigated. The BDI scale presented a high internal consistency ( $\alpha = .91$ ). Its distribution was positively skewed ( $M = 11.36$  and  $SD = 9.95$ ). Two factors that explained 39.47% of the total variance were defined by the Cattell's criterion. The first factor of 11 items (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 13 and 19) was named depressive cognitive-emotional symptoms ( $\alpha = .87$ ); the second factor of 10 items was identified as somatized depression (8, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 20 and 21) ( $\alpha = .85$ ). The fit indexes were adequate. Reducing the indicator numbers per factor to five resulted in a good fit of the model, but equivalent to the one-factor model. BDI directly and moderately correlated ( $rS = .56$ ) with negative affect (PANAS; Watson, Clark & Tellegen, 1988), severity of somatic symptoms ( $rS = .43$ ) (SSS; Woolfolk & Allen, 2007) and alexithymia ( $rS = .41$ ) (TAS20; Bagby, Parker & Taylor, 1994), and inversely and lowly with positive affect ( $rS = -.18$ ). It is concluded that the format saves space and time in its application and possesses psychometric properties as good as the original scale.

---

**Palabras clave:** BDI, propiedades psicométricas, depresión, afecto negativo y positivo, alexitimia.

**Keywords:** BDI, psychometric properties, depression, negative and positive affect, alexithymia.

## Introducción

Se estima que la depresión mayor en atención primaria varía del 6 al 10%, pero sólo se detecta del 18 al 50% de los casos (Akerblad, Bengtsson, Knorrning & Ekselius, 2006). Su detección se dificulta cuando predominan las quejas somáticas y casi se hallan ausentes los síntomas cognitivo-afectivos; por el contrario, la detección se facilitaría con instrumentos de medida confiables y válidos (Ruscio & Ruscio, 2002). Debe considerarse que el médico de familia y comunitario cada vez con más frecuencia proporciona tratamiento anti-depresivo a tales pacientes, por lo que estos facultativos necesitan evaluar el estatus clínico antes, durante y después del tratamiento. Entre los instrumentos psicométricos más usados para este fin se encuentran el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y la Escala de Evaluación de la Depresión de Hamilton (HRSD) (Volk, Pace & Parchman, 1993). Aunque el BDI fue desarrollado en población clínica, pronto mostró su validez en poblaciones no clínicas, de ahí su amplio uso (Bumberry, Oliver & McClure, 1978; Hammen, 1980). Además, el BDI no sólo se aplica a jóvenes y adultos maduros, sino también a adolescentes (Canals, Blade, Carbajo & Domenech-Llaberia, 2001) y adultos mayores (Kim, Pilkonis, Frank, Thase & Reynolds, 2002). El BDI cuenta con revisiones (BDI-II; Beck, Steer & Brown, 1996; BDI-Y; Beck, Beck & Jolly, 2001); no obstante, su forma originaria sigue siendo muy empleada en clínica e investigación en muy diversos países (Abdel-Khalek, 2001; Ruscio & Ruscio, 2002; Yeung, Howarth, Chan, Sonawalla, Nierenberg & Fava, 2002).

Debe mencionarse que el BDI-II se creó para adaptar la medida a los criterios de depresión del DSM-IV (American Psychiatric Association [APA], 1994). Cuatro reactivos concernientes a la imagen corporal, dificultad para trabajar, pérdida de peso y preocupaciones somáticas fueron eliminados. Estos fueron reemplazados por reactivos referentes a la agitación, falta de autoestima, pérdida de energía y dificultad para concentrarse. Se modificó la intensidad de dos

reactivos (dificultades para dormir y pérdida de apetito) y se amplió el marco temporal de una a dos semanas para reflejar los criterios DSM-IV depresión mayor. A su vez el BDI-Y es una adaptación a los criterios DSM-IV de depresión mayor para niños y adolescentes. Estas revisiones, al igual que el inventario original, han tenido gran aceptación por sus propiedades psicométricas y utilidad; no obstante, algunos autores consideran que el BDI original puede ser más sensible en atención primaria para detectar síntomas depresivos (Myers & Winters, 2002; Ruscio & Ruscio, 2002).

El Inventario de Depresión de Beck es un instrumento de medida de síntomas depresivos, usualmente autoaplicado, aunque también se suministra a modo de entrevista. Su distribución, definida como suma simple de reactivos, es asimétrica positiva y leptocúrtica, concentrándose las puntuaciones en los valores inferiores de la escala, alejándose así del perfil de una curva normal (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961; Beck & Steer, 1987). Los síntomas se refieren a la última semana, de ahí que sea una escala de estado de ánimo. Beck, Steer y Garbin (1988), tras revisar 10 años de estudios con el BDI, concluyen que es una medida consistente, confiable y válida. En quince muestras de población general, la media del coeficiente Alpha de Cronbach resultó de .81, variando de .73 a .92; en nueve muestras clínicas, la media del coeficiente Alfa de Cronbach fue de .86, variando de .76 a .95. Las estimaciones de estabilidad temporal en intervalos de dos semanas variaban de .60 a .90 en cinco muestras de población general y de .48 a .82 en cuatro muestras clínicas.

Se han realizado numerosos estudios para determinar su estructura factorial. Dependiendo de la muestra y criterio para definir el número de factores se han hallado de uno a siete factores (Beck et al., 1988). La solución más replicada con los 21 reactivos es la de un factor general (o de segundo orden) que subsume tres factores (o de primer orden) (Clark, Cavanaugh & Gibbons, 1983; Clark, Gibbons, Fawcett, Aagesen

& Sellers, 1985; Tanaka & Huba, 1984). Aunque la composición de los tres factores en relación con los reactivos puede variar de un estudio a otro, el contenido de los mismos se suele interpretar como actitudes negativas hacia sí mismo (tristeza, fracaso, culpa, automenosprecio), deterioro del rendimiento (retardo, indecisión, fatiga) y alteraciones psicósomáticas (pérdida de apetito, pérdida de peso, preocupaciones por la imagen corporal), como originariamente fueron descritos por Beck y Lester (1973). Aparte de un modelo unidimensional, especialmente para una forma reducida de 13 reactivos (Beck & Beck, 1972), se ha propuesto un modelo de dos dimensiones: síntomas cognitivo-afectivos y quejas somáticas; al igual que la solución unifactorial presenta mejor ajuste con reducción de reactivos, tal como se emplea en atención primaria (Vredenburg, Krames & Flett, 1985; Volk et al., 1993). La solución de dos factores mantiene el factor de actitudes negativas y suicidio, y engloba en un segundo factor los reactivos de deterioro del rendimiento y alteraciones psicósomáticas.

Respecto a la validez convergente y divergente, el BDI presenta una correlación moderada con la escala de afecto negativo del PANAS ( $r = .58$ ) y con la escala de afecto positivo ( $r = -.36$ ) (Watson, Clark & Tellegan, 1988), con la alexitimia o dificultad para identificar y expresar emociones, varía de .30 a .60 en población general (Hendryx, Haviland & Shaw, 1991; Honkalampi, Hintikka, Tanskanen, Lehtonen & Viinamäki, 2000) y de .40 a .60 en población clínica (Honkalampi, Saarinen, Hintikka, Virtanen & Viinamäki, 1999; Wise, Jani, Kass, Sonennschein & Mann, 1988), viéndose ligeramente afectada por los cambios en el nivel de depresión (Luminet, Bagby & Taylor, 2001). Debe señalarse que la depresión constituye uno de los factores psicológicos más importantes en la determinación del estado de salud y la queja de síntomas somáticos médicamente no explicados, junto con el estrés y la ira, de ahí que la severidad de los síntomas somáti-

cos muestra una correlación moderada con depresión (Woolfolk & Allen, 2007).

El presente artículo tuvo como objetivo estudiar la consistencia interna, distribución, estructura factorial de un formato de aplicación simplificado para el Inventario de Depresión de Beck; asimismo, su validez concurrente en relación con el modelo de dos factores independientes de los afectos (Watson et al., 1988), severidad de los síntomas somáticos (Woolfolk & Allen, 2007) y alexitimia (Taylor, Bagby & Parker, 1997). La forma simplificada del BDI, como la versión original, contó con 21 reactivos con 4 puntos de rango. Se esperaba una distribución asimétrica positiva, mayor promedio en las mujeres y mayor proporción de casos, una estructura de un factor general y tres o dos jerarquizados, consistencia interna alta ( $\alpha \geq .80$ ) y validez convergente, evidenciada por correlaciones directas y moderadas con afecto negativo, síntomas somáticos y alexitimia ( $r > .30$ ) y correlación inversa con afecto positivo.

## Método

### Participantes

La muestra quedó integrada por 100 parejas casadas ( $N = 200$ ) procedentes de una ciudad industrial del noreste de México, Monterrey. Sólo una pareja asistía a terapia y ninguna se encontraba en proceso de separación o divorcio. La media de edad fue de 34 años, con una desviación estándar de 10 y rango de 18 a 60 años. La media de escolaridad fue de 9.5 años con una desviación estándar de 2. La mediana de la clase social a la que se creía pertenecer fue de clase social media-media; el 66% se consideró de media-media, 26% media-baja, 5% media-alta y 3% baja. La media de años de matrimonio fue de 11 años con una desviación estándar de 9 años y rango de 1 mes a 37 años. El 5% de los encuestados habían tenido un divorcio anterior al matrimonio actual. La media de hijos fue de 2, con una desviación estándar de 1 y rango de 0 a 5.

## Instrumentos de medidas

Inventario de depresión de Beck (BDI) de Beck y Steer (1987). Consta de 21 reactivos con cuatro opciones puntuadas de 0 (ausencia de síntoma) a 3 (síntoma severo), presentándose en este estudio con un formato Likert (véase Anexo). Así, su rango varía de 0 a 63. Los síntomas se refieren al humor, pesimismo, ideas suicidas, cambios en la imagen corporal y preocupaciones somáticas. Se suele tomar la puntuación de 9 como punto de corte para indicar sintomatología depresiva leve y una puntuación superior a 18 como un indicador de sintomatología más severa, compatible con un diagnóstico de trastorno depresivo mayor por criterios DSM-IV de la American Psychiatric Association (1994) (Myers & Winters, 2002).

Escalas de afecto positivo y negativo (PANAS) de Watson et. (1988). Consta de 20 reactivos con un formato Likert de 5 puntos (de 1 a 5). En la presente muestra ( $N = 200$ ), el PANAS tuvo una consistencia interna de  $\alpha = .72$ . Con base en el criterio de Cattell y factorización de Ejes Principales presentó una estructura de dos factores que explican el 42% de la varianza total. El primer factor de afecto negativo quedó integrado por 10 reactivos, tuvo una consistencia interna alta ( $\alpha = .88$ ) y su distribución fue asimétrica positiva ( $Z_{K-S} = 2.289$ ,  $p < .001$ ) de media 16.66 y desviación estándar de 6.75. El segundo factor de afecto positivo tuvo también una consistencia interna alta ( $\alpha = .84$ ) y su distribución se ajustó a una curva normal ( $Z_{K-S} = 0.716$ ,  $p = .684$ ) de media 31.36 y desviación estándar de 7.58.

La escala de Severidad de Síntomas Somáticos (SSS) de Woolfolk y Allen (2007) (2001) está integrada por 40 reactivos, 36 comunes a ambos géneros y 4 exclusivos para mujeres. En el presente estudio ( $N = 200$ ) sólo se emplearon los 36 reactivos comunes para hombres y mujeres, cuya consistencia interna fue alta ( $\alpha = .91$ ). La distribución de SSS36 fue asimétrica positiva con una media de 24.24, desviación estándar de 21.64 y rango de 0 a 111, no ajustán-

dose a una curva normal. La escala presentó una estructura de seis factores correlacionados: síntomas intestinales y dolores de cabeza, dolores músculo-esqueléticos y de corazón, síntomas de niveles de ansiedad altos, dolores al orinar y área genital, síntomas conversivos, problemas con la vista, con índices de ajuste superiores a un modelo unidimensional. Los índices de ajuste adecuados para esta estructura de seis factores correlacionados, si se reducen a tres indicadores por factor, fueron adecuados:  $\chi^2/df = 2.945$ ,  $RMSSR = .065$ ,  $RMSEA = .075$ ,  $GFI = .845$ ,  $AGFI = .805$  y  $CFI = .852$ .

Escala de Alexitimia de Toronto de 20 reactivos (TAS-20) de Bagby, Parker y Taylor (1994) con la adaptación de Moral (2009). Consta de 20 reactivos con un formato Likert de 6 puntos (0 totalmente en desacuerdo a 5 totalmente de acuerdo), así el rango potencial es de 0 a 100. En la presente muestra ( $N = 200$ ), la TAS-20 tuvo una consistencia interna alta ( $\alpha = .86$ ), su distribución se ajustó a una curva normal ( $Z_{K-S} = 0.967$ ,  $p = .307$ ) de media 36.72 y desviación estándar de 16.49, ajustándose a una estructura de tres factores correlacionados: dificultad para identificar sentimientos (1, 3, 6, 7, 9, 13 y 14), dificultad para expresar sentimientos (2, 4, 11, 12 y 17) y pensamiento externamente orientado (5, 8, 10, 15, 16, 18, 19 y 20), con índices de ajuste adecuados.

## Procedimiento

Los miembros de cada pareja contestaron sus cuestionarios en salones separados para evitar toda comunicación. La muestra fue capturada en el primer semestre de 2006, remunerándose por la participación voluntaria (200 pesos por pareja). Las parejas fueron convocadas a través de anuncios en forma de cartel publicitario. El estudio fue financiado por el Programa de Apoyo a la Ciencia y Tecnología 2005 de la UANL. Cada cuestionario iba encabezado por una hoja informativa, donde se garantizaba la confidencialidad y anonimato de las res-

puestas, terminando con una pregunta cerrada de si deseaba o no tomar parte del estudio. Las escalas fueron traducidas al español por el procedimiento de doble traducción (inglés-español/español-inglés) con la ayuda de dos filólogos, adicionalmente fue revisada por dos psicólogos para evaluar su adecuación semántica con el constructo y por una muestra de 30 participantes para evaluar su comprensibilidad. Finalmente, con base en las sugerencias de cambio registradas, el autor de este artículo fijó el formato definitivo.

### Análisis estadísticos

Se empleó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para contrastar el ajuste de las distribuciones a una curva normal ( $Z_{\kappa-S}$ ), el coeficiente Alfa de Cronbach para estimar la consistencia interna ( $\alpha$ ) y análisis factorial exploratorio y confirmatorio para determinar la estructura dimensional. Debido a la asimetría de los reactivos y la escala, además de un coeficiente de curtosis multivariada de Mardia mayor a 70 (259.673), se factorizó por el método Alfa y se estimó la función de discrepancia por Mínimos Cuadrados Generalizados (GLS), así como Mínimos Cuadrados Ordinales (OLS). La rotación se realizó por un método no ortogonal (Promax). Se empleó el coeficiente rho de Pearson para calcular la asociación entre escalas ( $r_S$ ). El nivel de significación estadística para rechazar la hipótesis nula se fijó en  $p \leq .05$ . Los cálculos se realizaron con el SPSS16 y STATISTICA7. Para el análisis factorial confirmatorio, se manejaron doce índices de ajuste. Cuatro fueron descriptivos básicos:  $FD$  = función de discrepancia,  $\chi^2$  = chi-cuadrada con sus grados de libertad ( $gl$ ) y probabilidad ( $p$ ),  $\chi^2/gl$  = cociente entre chi-cuadrada y sus grados de libertad y  $RMSSR$  = residuo cuadrático medio. Dos fueron de no centralidad poblacional:  $PNCP$  = parámetro de no centralidad poblacional y  $RMSEA$  = error de aproximación cuadrático medio de Steiger-Lind. Seis fueron comparativos para una sola muestra:  $GFI$  = índice de bondad de ajuste de

Joreskog,  $AGFI$  = índice corregido de bondad de ajuste de Joreskog,  $NFI$  = índice de ajuste normado de Bentler-Bonett,  $NNFI$  = índice de ajuste no normado de Bentler-Bonett,  $CFI$  = índice de ajuste comparativo de Bentler y  $\Delta$  = coeficiente delta 2 de Bollen. En las Tablas 3 y 4 se indican los valores que reflejan buen o mal ajuste para cada uno de estos índices, entre ambos se hallarían los valores aceptables (Moral, 2006).

## Resultados

### Consistencia interna y distribución de los 21 reactivos

En la presente muestra, la escala de 21 reactivos presenta una consistencia interna alta ( $\alpha = .913$ ). Su distribución de media 11.36 y desviación estándar 9.95 es asimétrica positiva ( $1.247 \pm 0.172$ ) y apuntada ( $1.606 \pm 0.342$ ), no ajustándose a una curva normal ( $Z_{\kappa-S} = 1.793$ ,  $p = .003$ ). Igualmente ocurre con sus dos factores, ya sean definidos con 11 o 10 reactivos y con 5 reactivos cada uno. Hay diferencias significativas por sexos en la mediana del BDI ( $\chi^2(1) = 3.934$ ,  $p = .047$ ), siendo mayor la mediana de las mujeres ( $Mdn = 11$ ) que la de los hombres ( $Mdn = 8$ ) (véase Tabla 1).



**Tabla 1.**

*Consistencia interna y ajuste a una curva normal del BDI y sus dos factores*

	BDI-21-2F			BDI-10-FG	BDI-10-2F		
	PT	SCE-11	DS-10		PT	SCE-5	DS-5
Muestra conjunta (N =200)							
<i>Reactivos</i>	21	11	10	10	10	5	5
$\alpha$	.913	.872	.846	.880	.872	.819	.791
<i>Mdn</i>	9	3	6	4	5	1	3
<i>M</i>	11.360	4.7623	6.5967	5.402	5.829	2.297	3.532
<i>DE</i>	9.948	5.33835	5.40174	5.447	5.500	2.912	3.127
$Z_{K-S}$	1.793	2.748	1.895	2.272	2.045	3.042	1.829
<i>p</i>	.003	.000	.002	.000	.000	.000	.002
<i>Asimetría</i>	1.247	1.863	0.909	1.500	1.362	1.731	0.988
<i>EE</i>	0.172	0.172	0.172	0.172	0.172	0.172	0.172
<i>Curtosis</i>	1.606	4.322	0.372	2.507	2.050	3.249	0.756
<i>EE</i>	0.342	0.342	0.342	0.342	0.342	0.342	0.342
Mujeres (n = 100)							
<i>Mdn</i>	11	3.5	6	5	6	2	3
<i>M</i>	12.910	5.530	7.379	6.220	6.630	2.780	3.850
<i>DE</i>	11.042	5.996	5.826	5.989	5.959	3.262	3.242
Hombres (n = 100)							
<i>Mdn</i>	8	3	5	3	4	1	3
<i>M</i>	9.810	3.994	5.814	4.584	5.029	1.814	3.214
<i>DE</i>	8.493	4.488	4.845	4.735	4.899	2.437	2.989

BDI-21-2F (2 factores): PT (Puntaje total) = i1 + i2 + i3 + i4 + i5 + i6 + i7 + i8 + i9 + i10 + i11 + i12 + i13 + i14 + i15 + i16 + i17 + i18 + i19 + i20 + i21- SCE-11 (síntomas cognitivo-emocionales de la depresión) = i1 + i2 + i3 + i4 + i5 + i6 + i7 + i9 + i10 + i13 + i19. DS-10 (depresión somatizada) = i8 + i11 + i12 + i14 + i15 + i16 + i17 + i18 + i20 + i21.

BDI-10-FG (un factor) = i1 + i2 + i3 + i5 + i7 + i10 + i11 + i13 + i15 + i17.

BDI-10-2F (dos factores): PT (Puntaje total) = i1 + i2 + i3 + i5 + i10 + i11 + i12 + i15 + i16 + i17. SCE-5 (síntomas cognitivo-emocionales de la depresión) = i1 + i2 + i3 + i5 + i10. DE-5 (depresión somatizada) = i11 + i12 + i15 + i16 + i17.

El punto de corte para definir un caso con un valor de 9 resulta inadecuado (Beck & Steer, 1987), pues está por debajo de la media de la muestra ( $M = 11.36$ ) y coincide con la mediana ( $Mdn = 9$ ). Se podría adoptar el punto de corte de puntuaciones mayores o iguales a 20 propuesto por Vázquez y Sanz (1997) en España. Así, la prevalencia de posibles casos de depresión sería del 16% (32 personas), sin diferencia por género (12 hombres y 20 mujeres,  $\chi^2_{(1, N=200)} = 1.823$ ,  $p = .177$  con la corrección de Yates para tablas 2x2); y por encima de 30 quedaría el 5% de la muestra (10 personas), como

casos muy probables, también, sin diferencia estadística de género (3 hombres y 7 mujeres,  $\chi^2_{(1, N=200)} = 0.974$ ,  $p = .330$  con la corrección de Yates).

### **Análisis factorial exploratorio**

Por el criterio Kaiser (autovalores iniciales mayores a 1) se definen cuatro factores que explican el 46.87% de la varianza total. Si se rota la solución por el método Promax, el primer factor queda formado por once reactivos

(1, 2, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16 y 17) e incluye contenidos de tristeza, irritabilidad, autocrítica, descontento consigo mismo y desinterés en los demás; el segundo, por cinco reactivos (3, 4, 5, 6 y 10) e incluye contenidos de culpabilidad, derrota, llanto y anhedonia; el tercero por tres reactivos (18, 20 y 21) e incluye contenidos de preocupación por la salud y pérdida de apetito y deseo sexual; y el cuarto, por dos reactivos (9 y 19) e incluye ideas de suicidio y pérdida de peso, de forma adicional también satura el reactivo 3 (sentimientos de fracaso) (véase Tabla 2). Los factores presentan correlaciones altas entre sí, sobre todo el primero con segundo ( $r = .683$ ), así como el primero ( $r = .495$ ) y segundo ( $r = .511$ ) con el cuarto.

lacionados con preocupaciones hipocondríacas y físicas, irritabilidad, autocrítica, descontento consigo mismo y desinterés en los demás (8, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 20 y 21) (véase Tabla 2), esto es, depresión somatizada, retomando el concepto del psiquiatra López-Ibor (1980). La correlación entre ambos factores es alta ( $r = .703$ ).

No obstante, la solución también se podría considerar unifactorial, pues el primer factor explica siete veces más varianza que el segundo y todos los reactivos presentan su saturación máxima y mayor a .40 en el primer factor. Si se fuerza la solución a un solo factor se explica el 34.55% de la varianza total. Las saturaciones varían de .684 a .436 (véase Tabla 2).

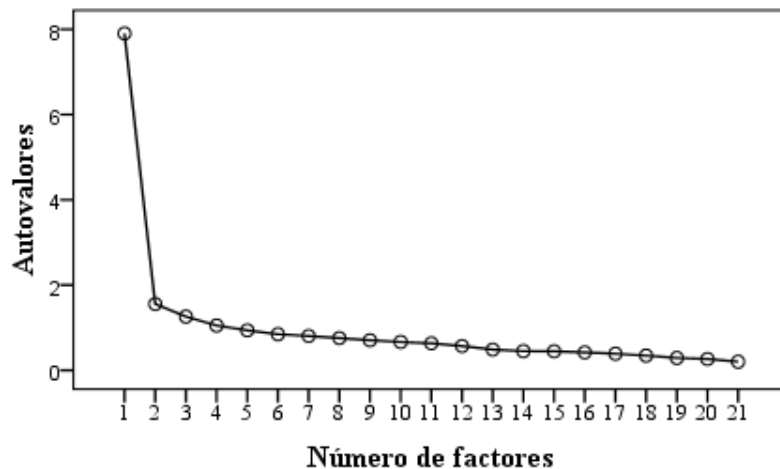


Figura 1. Gráfica de sedimentación.

Por el criterio Cattell (número de autovalores por encima del punto de inflexión de la curva de sedimentación), se podría reducir a dos (véase Figura 1). Con dos factores se explica el 39.47% de la varianza total. El primero está definido por 11 reactivos relacionados con suicidio, fracaso, pesimismo, tristeza, culpa, pérdida de peso, llanto, indecisión, evitación y anhedonia (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 13 y 19), es decir, síntomas afectivo-cognitivos o depresión psicologizada. El segundo queda definido por 10 reactivos re-

### Contraste de modelos por Análisis Factorial Confirmatorio

Se contrastan cinco modelos: de un factor, de cuatro factores correlacionados, de cuatro factores de primer orden jerarquizados a otro de orden superior, de dos factores correlacionados y de dos factores de primer orden jerarquizados a otro de orden superior. En primer lugar, los modelos se contrastan con los 21 reactivos, determinando la composición de los

**Tabla 2.***Matriz de patrones con 4, 2 y 1 factor*

Reactivos	4 factores				2 factores		1 factor
	F1	F2	F3	F4	F1	F2	
1 Me siento triste	.525	.338	-.157	.014	.543	.172	.651
2 Me siento desanimado/a de cara al futuro	.571	.084	-.224	.307	.635	.063	.641
3 He fracasado más que la mayoría de las personas	-.058	.502	.025	.390	.823	-.105	.644
4 No disfruto de las cosas tanto como antes	-.044	.346	.148	.138	.361	.116	.436
5 Me siento culpable en bastantes ocasiones	-.129	.883	.161	-.102	.529	.171	.642
6 Siento que quizá esté siendo castigado	-.007	.587	.021	.114	.625	.006	.574
7 Estoy descontento conmigo mismo	.490	.363	-.015	-.063	.424	.316	.684
8 Me autocritico por mi debilidad o mis errores	.388	.231	.159	-.122	.149	.460	.562
9 Pienso en suicidarme	.040	.182	-.178	.673	.886	-.306	.503
10 Ahora lloro más que antes	.273	.370	.109	.043	.405	.305	.659
11 Me molesto o irritado más fácilmente que antes	.362	.258	.252	-.046	.182	.550	.680
12 Estoy menos interesado en los demás que antes	.416	.112	.137	.044	.213	.417	.581
13 Evito tomar decisiones más que antes	.373	.114	.071	.205	.402	.266	.620
14 Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo	.387	-.067	.358	.006	-.095	.670	.532
15 Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo	.423	-.010	.351	.046	.017	.667	.636
16 No duermo tan bien como antes	.849	-.265	.175	-.126	-.116	.715	.548
17 Me canso más que antes	.468	.014	.243	.049	.097	.574	.623
18 No tengo tan buen apetito como antes	.193	-.059	.359	.217	.080	.471	.511
19 He perdido más de dos kilos por falta de ganas de comer	-.114	-.134	.339	.842	.421	.169	.556
20 Estoy preocupado por mi salud	.081	.242	.542	-.147	-.122	.687	.516
21 La relación sexual me atrae menos que antes	-.073	.142	.511	.105	.014	.470	.452

Método de extracción: Factorización Alfa. Método de rotación: Promax con normalización Kaiser.

La solución de cuatro factores convergió en 23 iteraciones, la de dos factores en 3 iteraciones y la de un factor en 4 iteraciones.

factores desde los resultados del análisis factorial exploratorio; en segundo término, con una definición simplificada de indicadores, quedándonos con aquellos que presenten los parámetros más altos y homogéneos. La definición de los modelos se encuentra en los pies de las Tablas 3 y 4. El modelo de un factor y los modelos de dos factores son los que más se ajustan a los datos. Los índices de ajuste por GLS son adecuados, mejorando con las definiciones simplificadas en indicadores. Por la prueba de la diferencia de los estadísticos  $\chi^2_{GLS}$ , el

ajuste es equivalencia entre los modelos de un factor y dos factores, ya sea con todos los reactivos ( $d\chi^2 (189 - 187 = 2) = 369.107 - 365.252 = 3.855, p = .145$ ) o en la forma simplificada de 10 reactivos ( $d\chi^2 (35 - 34 = 1) = 78.081 - 75.454 = 2.627, p = .105$ ) (véase Tabla 3). Por el método de estimación de Mínimos Cuadrados Ordinales (OLS) el ajuste es bueno para el modelo de dos factores, sin diferencia entre el modelo de factores correlacionados y jerarquizados, así como el del modelo unidimensional (véase Tabla 4).

**Tabla 3.***Índices de ajuste por Mínimos Cuadrados Generalizados (GLS)*

	Bueno	Malo	FG-21	4FR-21	FG-4FJ-21	2FR-21	FG-2FJ-21
<i>FD</i>	< 2	> 3	1.855	1.670	1.670	1.762	1.762
$\chi^2$ GLS	< 2 gl	> 3 gl	369.107	332.300	332.385	350.714	350.646
<i>gl</i>			189	183	185	188	187
<i>p</i>	< .050	> .099	.000	.000	.000	.000	.000
$\chi^2/gl$	< 2	> 3	1.953	1.816	1.797	1.865	1.875
<i>RMS SR</i>	< .05	> .099	.100	.091	.091	.106	.107
<i>PNCP</i>	< 1	> 2	.905	0.750	0.741	.818	.822
<i>RMS EA</i>	< .05	> .099	.069	.064	.063	.066	.066
<i>GFI</i>	> .95	< .85	.823	.841	.841	.832	.832
<i>AGFI</i>	> .90	< .80	.784	.800	.801	.794	.793
	Bueno	Malo	FG-10	4FR-11	FG-4FJ-11	2FR-10	FG-2FJ-10
<i>FD</i>	< 2	> 3	0.392	0.512	0.533	0.379	0.379
$\chi^2$	< 2 gl	> 3 gl	78.081	101.842	106.085	75.454	75.454
<i>gl</i>			35	38	40	34	34
<i>p</i>	< .050	> .099	.000	.000	.000	.000	.000
$\chi^2/gl$	< 2	> 3	2.231	2.680	2.652	2.219	2.219
<i>RMS SR</i>	< .05	> .099	.062	.096	.095	.061	.061
<i>PNCP</i>	< 1	> 2	0.216	0.321	0.332	0.208	0.208
<i>RMS EA</i>	< .05	> .099	.079	.092	.091	.078	.078
<i>GFI</i>	> .95	< .85	.922	.907	.903	.924	.924
<i>AGFI</i>	> .90	< .80	.877	.838	.840	.877	.877

Modelos: FG-21: Del 1 al 21. FG-10: 1, 2, 3, 5, 7, 10, 11, 13, 15 y 17.

4FR-21: FI → 1, 2, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16 y 17, FII → 3, 4, 5, 6 y 10, FIII → 18, 20 y 21, FIV → 9 y 19.

FG-4FJ-21: FG → FI, FII, FIII y FIV. 4FR-11: F1 → 1, 2 y 16, F2 → 3, 5 y 6, F3 → 18, 20 y 21, F4 → 9 y 19 y. FG-4FJ-10: FG → F1, F2, F3 y F4.

2FR-21: FI → 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 13 y 19; FII → 8, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 20 y 21. FG-2FJ-21; FG → FI y FII.

2FR-10: F1 → 1, 2, 3, 5 y 10; F2 → 11, 12, 15, 16 y 17. FG-2FJ-10: FG → F1 y F2.

**Tabla 4.**

*Índices de ajuste por Mínimos Cuadrados Ordinales (OLS)*

	Bueno	Malo	FG-21	4FR-21	FG4FJ-21	2FR-21	FG2FJ-21
<i>FD</i>	< 2	> 3	1.089	0.879	0.900	0.873	0.873
<i>RMS SR</i>	< .05	> .099	.069	.062	.062	.061	.061
<i>GFI</i>	> .95	< .85	.970	.976	.975	.976	.976
<i>AGFI</i>	> .90	< .80	.964	.970	.969	.971	.971
<i>NFI</i>	> .95	< .85	.958	.966	.966	.967	.967
<i>NNFI</i>	> .95	< .85	.994	1	1	1	1
<i>CFI</i>	> .95	< .85	.944	1	1	1	1
$\Delta$	> .95	< .85	.944	1	1	1	1
	Bueno	Malo	FG-10	4FR-11	FG4FJ-11	2FR-10	FD2FJ-10
<i>FD</i>	< 2	> 3	0.127	0.310	0.303	0.105	0.105
<i>RMS SR</i>	< .05	> .099	.048	.069	.068	.044	.044
<i>GFI</i>	> .95	< .85	.991	.975	.977	.992	.992
<i>AGFI</i>	> .90	< .80	.985	.956	.962	.987	.987
<i>NFI</i>	> .95	< .85	.9585	.954	.960	.986	.986
<i>NNFI</i>	> .95	< .85	1	.973	.981	1	1
<i>CFI</i>	> .95	< .85	1	.981	.986	1	1
$\Delta$	> .95	< .85	1	.982	.986	1	1

Modelos: FG-21: Del 1 al 21. FG-10: 1, 2, 3, 5, 7, 10, 11, 13, 15 y 17.

4FR-21: FI → 1, 2, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16 y 17, FII → 3, 4, 5, 6 y 10, FIII → 18, 20 y 21, FIV → 9 y 19.

FG-4FJ-21: FG → FI, FII, FIII y FIV. 4FR-11: F1 → 1, 2 y 16, F2 → 3, 5 y 6, F3 → 18, 20 y 21, F4 → 9 y 19 y. FG-4FJ-10: FG → F1, F2, F3 y F4.

2FR-21: F1 → 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 13 y 19; FII → 8, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 20 y 21. FG-2FJ-21; FG → FI y FII.

2FR-10: F1 → 1, 2, 3, 5 y 10; F2 → 11, 12, 15, 16 y 17. FG-2FJ-10: FG → F1 y F2.

Si el contraste del modelo de dos factores se realiza por Máxima Verosimilitud, el ajuste se puede mantener por la prueba chi-cuadrada con una  $p > .01$  ( $\chi^2(34) = 52.772$ ,  $p = .021$ ). En un nivel de buen ajuste aparecen seis índices ( $\chi^2/gl = 1.552$ ,  $RMSSR = .045$ ,  $PNCP = .140$ ,  $GPI = .973$ ,  $AGFI = .956$ ,  $AGFI = .905$ ) y en un nivel adecuado cinco índices ( $RMSEA = .064$ ,  $GFI = .942$ ,  $NFI = .907$ ,  $NNFI = .932$ ,  $CFI = .949$  y  $\Delta = .950$ ), siendo estos índices totalmente equivalentes entre el modelo jerarquizado y de factores correlacionados. Si se determina la estructura factorial por análisis exploratorio con los diez reactivos del modelo bifactorial reducido, empleando factorización Alfa y rotación Promax y determinando el número de factores por el criterio Kaiser, se obtienen dos factores correlacionados que explican el 47.157% de la varianza. El primer factor está definido por los reactivos 1, 2, 3, 5 y 10; se puede interpretar como de síntomas cognitivo-emocionales de depresión. El segundo factor está definido por los reactivos 11, 12, 15, 16 y 17; se puede in-

terpretar como de síntomas somáticos de depresión y desinterés personal. Ambos factores tienen una correlación alta de .709. Sus estadísticos descriptivos en la muestra pueden verse en la Tabla 1.

### Validez concurrente

En relación con la validez concurrente, las correlaciones más fuertes aparecen con afecto negativo y síntomas somáticos. Le sigue la asociación con alexitimia. Las tres correlaciones son negativas y moderadas. Significativa, débil e inversa es la correlación con afecto positivo. A más puntuación en el BDI (depresión), más reporte de malestar o afecto negativo, más quejas de síntomas somáticos, más rasgo de alexitimia y menos afecto positivo. El factor de síntomas cognitivo-emocionales de depresión correlaciona más con afecto negativo y alexitimia. El factor de depresión somatizada correlaciona más fuerte con severidad de los síntomas somáticos y afecto positivo (véase Tabla 5).

**Tabla 5.**

*Correlaciones del BDI y sus dos factores con el PANAS, SSS-36 y TAS-20*

Escala de validez		BDI-21			BDI-10-FG	BDI-10-2F		
		PT	SCE-11	DS-10		PT	SCE-5	DS-5
Afecto negativo del PANAS	$r_s$	.561	.544	.500	.576	.569	.519	.486
	$p$	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
Afecto positivo del PANAS	$r_s$	-.179	-.141	-.206	-.223	-.185	-.121	-.241
	$p$	.011	.046	.003	.001	.009	.087	.001
SSS-36	$r_s$	.428	.379	.424	.417	.389	.318	.395
	$p$	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
TAS-20	$r_s$	.409	.411	.371	.422	.382	.366	.332
	$p$	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000

BDI-21-2F (2 factores): PT (Puntaje total) = i1 + i2 + i3 + i4 + i5 + i6 + i7 + i8 + i9 + i10 + i11 + i12 + i13 + i14 + i15 + i16 + i17 + i18 + i19 + i20 + i21- SCE-11 (síntomas cognitivo-emocionales de la depresión) = i1 + i2 + i3 + i4 + i5 + i6 + i7 + i9 + i10 + i13 + i19. DS-10 (depresión somatizada) = i8 + i11 + i12 + i14 + i15 + i16 + i17 + i18 + i20 + i21.

BDI-10-FG (un factor) = i1 + i2 + i3 + i5 + i7 + i10 + i11 + i13 + i15 + i17.

BDI-10-2F (dos factores): PT (Puntaje total) = i1 + i2 + i3 + i5 + i10 + i11 + i12 + i15 + i16 + i17. SCE-5 (síntomas cognitivo-emocionales de la depresión) = i1 + i2 + i3 + i5 + i10. DE-5 (depresión somatizada) = i11 + i12 + i15 + i16 + i17.

## Discusión

El ajuste es bueno para los modelos de un factor general y dos jerarquizados con un número reducido de indicadores (10 reactivos) y adecuado para los modelos, ya sea de uno o dos factores, con los 21 reactivos de la escala. Al ser el ajuste estadísticamente equivalente entre estos dos modelos, considerando la correlación alta entre los dos factores ( $> .70$ ) y el principio de parsimonia, el modelo unifactorial prevalece sobre el de dos factores (correlacionados o jerarquizados). El modelo de cuatro factores con los 21 reactivos muestra el peor ajuste. También se probó forzar la solución a tres factores, pero los índices de ajuste eran peores que la solución de cuatro factores, de ahí que no se reportó. Estos resultados son consonantes con las propuestas tempranas de Beck y Beck (1972), así como con el modelo bidimensional de Vredenburg et al. (1985) y Volk et al. (1993), desarrollados en población de pacientes de atención primaria. Por el contrario, no se mantiene el modelo trifactorial de Beck y Lester (1973) y Clark et al. (1983).

Se observa la asimetría esperada en la distribución de la escala; esto es, hay una minoría de casos de depresión. Adoptando los puntos de corte propuestos por Vázquez y Sanz (1997) se tendría 16% de posibles casos o 5% como casos muy probables sin diferencia entre hombres y mujeres. Estos porcentajes están dentro del rango de la prevalencia en población general de adultos, del 10 al 25% para las mujeres y del 5 al 12% para los varones (APA, 2000; Medina-Mora et al., 2003). La ausencia de diferencias de género se debe al reducido número de casos, pues en la presente muestra, hay diferencia por sexos en la mediana del BDI, siendo mayor la mediana de las mujeres, que es un resultado consistentemente replicado (Keogh, McCracken & Eccleston, 2006).

La correlación entre el BDI y el afecto negativo es moderada como se esperaba. La expectativa no era una correlación alta ( $> .70$ ) y menos perfecta ( $> .95$ ), pues los constructos comparados son disimilares en algunos aspectos. La depresión es un afecto negativo, pero es diferencial de otros, como la ira, angustia, vergüenza y culpa que son contemplados por el

PANAS. Hay personas con alto nivel de afecto negativo que son clasificadas como personalidades neuróticas, pero la elevación en la escala de depresión no implica la elevación en todos los afectos negativos (Chico-Librán, 2000). En el modelo de dos factores para el BDI, la correlación del afecto negativo es mayor con el componente cognitivo que con el somático, lo que refleja validez de constructo, al ser el PANAS una escala de autorreporte de vivencias emocionales conscientes, como tristeza, desánimo, culpabilidad o descontento. Sin embargo, el afecto positivo se asocia con el factor somático, pues engloba más síntomas que se suelen emplear para definir la hipomanía, como irritabilidad, energía, falta de cansancio o aumento del apetito (APA, 2000).

Los síntomas físicos médicamente no explicados, en consonante con las expectativas, correlacionan más con el factor de depresión somatizada, relación que está mediada por el descontrol vegetativo que inducen unas emociones negativas mal reguladas (Taylor et al., 1997). Las asociaciones encontradas entre el BDI y la escala de alexitimia están en el intervalo de .40 a .60 propio de muestras clínicas (Honkalampi et al., 1999). Debe señalarse que la presente muestra no es de población general, sino es una muestra de parejas casadas evaluadas en un contexto de ajuste y satisfacción matrimoniales, lo que parece dar al autoreporte una cualidad más propia de las muestras obtenidas en pacientes de atención primaria (Mattila et al., 2008). La asociación es más fuerte con el factor cognitivo que con el somático, en el modelo bidimensional. Este hallazgo es el más común dentro de la literatura empírica, por lo que se han planteado dudas sobre la validez de la escala TAS-20 para medir la dificultad para expresar e identificar emociones (Muller, Buhner & Heiner, 2003). En sí, refleja que la alexitimia no es propiamente una depresión enmascarada, sino una deficiencia que provoca problemas en la regulación de las emociones y relaciones, induciendo indefensión, desesperanza y depresión. Precisamente, estrés y depresión son las

dos emociones más reconocidas por los alexitímicos, aunque sin capacidad de un análisis profundo de las mismas (Taylor et al., 1997).

En el presente estudio se empleó una escala de 4 puntos de rango para evaluar cada reactivo del inventario BDI: 0 = no, 1 = sí, algo, 2 = sí, bastante, 3 = sí, mucho. No obstante, algunos autores, como Méndez y Peña (2006) y García (2009), señalan que las etiquetas de orden “bastante” y “mucho” no son claramente diferenciadas en el contexto mexicano. A favor de la presente opción se tienen cuatro argumentos. Primero se empleó la misma etiqueta que la escala de ansiedad estado rasgo (EDARI), validada en México por Díaz-Guerrero y Spielberger (1975); segundo, el análisis de frecuencia en esta muestra indica que las dos categorías se discriminan perfectamente, ya que la categoría (sí, mucho) es empleada con mucha menor frecuencia que sí, bastante; tercero la notación numérica que acompaña a la etiqueta ordinal seguramente califica la discriminación semántica, y cuarto, esta ordenación ya se ha mostrado adecuada con otros instrumentos validados en México (Moral, González & Landerero, 2010). Por lo tanto el contexto referencial en que se muestran estas dos palabras supera la sinonimia que implica su presentación aislada y evidenciada por una prueba de evocación semántica.

A pesar del muestreo incidental, el tamaño de la muestra es adecuado para el empleo del análisis factorial confirmatorio (Moral, 2006). El procedimiento de extracción garantizaba parejas de datos independientes y las variables demográficas son bastante equivalentes a las poblacionales de Nuevo León en un segmento de edad de 18 a 65 con estado civil casado (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI], 2007), lo cual da valor a los datos de confiabilidad y validez. La mitad son hombres y la mitad son mujeres, el nivel de estudios es de media superior sin acabar, los participantes son jóvenes (34 años), de clase media, con dos hijos y 88% son católicos (tomando

al 11% de participantes que no cree en ninguna religión, pero no son ateos, como casos perdidos; grupo que representa a católicos descontentos). Otra limitación del estudio, aparte del muestreo no probabilístico, es la naturaleza de autorreporte de los datos, no aportándose pruebas con criterios observacionales más objetivos, de ahí que se evita abordar la estandarización del instrumento. Por lo tanto, se requiere la replicación del estudio en otras poblaciones en México, con un muestreo probabilístico, para la estandarización de la escala; asimismo, se recomienda introducir una entrevista estructural como criterio; por ejemplo, el SCID (First, Spitzer, Gibbon & Williams, 1997). Considerando estas limitaciones se concluye que el formato simplificado ahorra espacio y tiempo en su aplicación, muestra propiedades de consistencia y estructura factorial equivalentes a la escala original y arroja pruebas de validez concurrente. Se requieren estudios adicionales para su adecuada estandarización.

Se remarca que la pretensión del estudio no fue generar un instrumento nuevo desde la base del BDI, sino simplificar el formato para su uso en atención primaria, donde se requiere de pruebas de cribado rápidas, o para su empleo en situaciones de investigaciones donde se aplican muchos instrumentos y es necesario simplificar espacio y tiempo.



## Referencias

- Abdel-Khalek, A. M. (2001). A short version of the Beck Depression Inventory without omission of clinical indicators. *European Journal of Psychological Assessment*, 17(3), 233-240.
- Akerblad, A., Bengtsson, F., Knorrning, L. & Ekselius, L. (2006). Response, remission and relapse in relation to adherence in primary care treatment of depression: a 2-year outcome study. *International Clinical Psychopharmacology*, 21(2), 117-124.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revised). Washington, DC: Author.
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A. & Taylor G. J. (1994). The twenty-item Toronto alexithymia scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23-32.
- Beck, A. T. & Beck, R. W. (1972). Screening depressed patients in family practice: A rapid technique. *Postgraduate Medicine*, 52, 81-85.
- Beck, J. S., Beck, A. T. & Jolly, J. B. (2001). *Beck Youth Inventories*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T. & Lester, D. (1973). Components of depression in attempted suicides. *The Journal of Psychology*, 85, 257-260.
- Beck, A. T. & Steer, R. A. (1987). *Beck Depression Inventory manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation, Harcourt Brace Jovanovich.
- Beck A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archive of General Psychiatry*, 4, 53-61.
- Bumberry, W., Oliver, J. M. & McClure, J. N. (1978). Validation of the Beck Depression Inventory in a university population using psychiatric estimate as the criterion. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 150-155.
- Canals, J., Blade, J., Carbajo, G. & Domenech-Llaberia, E. (2001). The Beck Depression Inventory: Psychometric characteristics and usefulness in nonclinical adolescents. *European Journal of Psychological Assessment*, 17(1), 63-68.
- Chico-Librán, E. (2000). Intensidad emocional y su relación con extraversión y neuroticismo. *Psicothema*, 12(4), 568-573.
- Clark, D. C., Cavanaugh, S. A. & Gibbons, R. D. (1983). The core symptoms of depression in medical and psychiatric patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, 705-713.
- Clark, D. C., Gibbons, R. D., Fawcett, J., Aagesen, C. A. & Sellers, D. (1985). Unbiased criteria for severity of depression in alcoholic inpatients. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 173, 482-487.
- Díaz-Guerrero, R. y Spielberger, C. D. (1975). IDARE. *Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado. (Manual e Instructivo)*. México D.F: El Manual Moderno.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. & Williams, J. B. W. (1997). *Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders-clinician version (SCID-CV)*. Washington DC: APA Press.
- García, H. C. (2009). *Cómo investigar en psicología*. México: Trillas.
- Hammen, C. L. (1980). Depression in college students: Beyond the Beck Depression Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 126-128.
- Hendryx, M. S., Haviland, M. G. & Shaw, D. G. (1991). Dimensions of alexithymia and their relationships to anxiety and depression. *Journal of Personality Assessment*, 56, 227-237.
- Honkalampi, K., Hintikka, J., Tanskanen, A., Lethonen, J. & Viinamäki, H. (2000). Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 99-104.
- Honkalampi, K., Saarinen, P., Hintikka, J., Virtanen, V., & Viinamäki, H. (1999). Factors associated with alexithymia in patients suffering from depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 270-275.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2007). *Estadísticas vitales de México*. Aguascalientes: INEGI.
- Keogh, E., McCracken, L. M. & Eccleston, C. (2006). Gender moderates the association between depression and disability in chronic pain patients. *European Journal of Pain*, 10(5), 413-422.
- Kim, Y., Pilkonis, P. A., Frank, E., Thase, M. E. & Reynolds, Ch. F. (2002). Differential functioning of the Beck Depression Inventory in late-life patients: Use of item response theory. *Psychology and Aging*, 17(3), 379-391.
- López-Ibor, J. J. (1980). ¿Por qué se enmascaran las depresiones? *Actas Luso Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 7, 74-82.
- Luminet, O., Bagby, R. M. & Taylor, G. J. (2001). An evaluation of the absolute and relative stability of alexithymia in patients with major depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70, 254-260.
- Mattila, A. K., Kronholm, E., Jula, A., Salminen, J. K., Koivisto, A. M., Mielonen, R. L. & Joukamaa, M. (2008). Alexithymia and somatization in general population. *Psychosomatic Medicine*, 70(6), 716-722.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L. & Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1-16.
- Méndez, L. M. & Peña, A. (2006). *Manual práctico para el diseño de la escala Likert*. México, DF: Trillas.
- Moral, J. (2006). Análisis factorial confirmatorio. En R. Landero & M. T. González (Ed.), *Estadística con SPSS y metodología de la investigación* (pp. 445-528). México, DF: Trillas.
- Moral, J. (2009). Factor structure and reliability of TAS-20 in Mexican samples. *The International Journal of Hispanic Psychology*, 2(2), 163-176.
- Moral, J., González, M. T. & Landero, R. (2010). Factor structure of the STAXI-2-AX and its relationship to the burnout in housewives. *The Spanish Journal of Psychology*, 13(1), 418-430.
- Müller, J., Bühner, M. & Heiner, E. (2003). Relationship and differential validity of alexithymia and depression: a comparison of the Toronto Alexithymia and self-rating depression scales. *Psychopathology*, 36, 71-77.
- Myers, K. & Winters, N. (2002). Ten-year review of rating scales. II: Scales for internalizing disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(6), 634-659.
- Ruscio, A. M. & Ruscio, J. (2002). The latent structure of analogue depression: Should the Beck Depression Inventory be used to classify groups? *Psychological Assessment*, 14(2), 135-145.
- Tanaka, J. S. & Huba, G. J. (1984). Confirmatory hierarchical factor analyses of psychological stress measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 621-635.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M. & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation. Alexithymia in medical and psychiatric illness*. New York: Cambridge University Press.
- Vázquez, C. & Sanz, J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del inventario para la depresión de Beck de 1978. *Clinica y Salud*, 8(3), 403-422.
- Volk, R., Pace, T. M. & Parchman, M. L. (1993). Screening for depression in primary care patients: Dimensionality of the short form of the Beck depression inventory. *Psychological Assessment*, 5(2), 173-181.
- Vredenburg, T. E., Krames, L. & Flett, G. L. (1985). Reexamining the Beck Depression Inventory: The long and short of it. *Psychology Reports*, 56, 767-788.
- Watson, D., Clark, L. A. & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.
- Wise, T. N., Jani, N. N., Kass, E., Sonnenschein, K. & Mann, L. S. (1988). Alexithymia: relationship to severity of medical illness and depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 50(2), 68-71.
- Woolfolk, R. L. & Allen, L. A. (2007). *Treating somatization. A cognitive-behavioral approach*. New York: The Guilford Press.
- Yeung, A., Howarth, S., Chan, R., Sonawalla, S., Nierenberg, A. & Fava, M. (2002). Use of the Chinese version of the Beck Depression Inventory for screening depression in primary care. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(2), 94-99.

## Anexo

### BDI (formato de presentación simplificado)

Por favor, lea con atención y señale con un círculo el grado en que cada una de las siguientes afirmaciones describe su estado de ánimo durante la ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY. Conteste lo más sinceramente posible.

1 No	2 Sí, Algo	3 Sí, Bastante	4 Sí, Mucho
---------	------------------	----------------------	-------------------

Me siento triste.....	1	2	3	4
Me siento desanimado de cara al futuro .....	1	2	3	4
He fracasado más que la mayoría de las personas.....	1	2	3	4
No disfruto de las cosas tanto como antes.....	1	2	3	4
Me siento culpable en bastantes ocasiones.....	1	2	3	4
Siento que quizá esté siendo castigado.....	1	2	3	4
Estoy descontento conmigo mismo.....	1	2	3	4
Me autocrítico por mi debilidad o por mis errores.....	1	2	3	4
Pienso en suicidarme.....	1	2	3	4
Ahora lloro más que antes.....	1	2	3	4
Me molesto o irrito más fácilmente que antes.....	1	2	3	4
Estoy menos interesado en los demás que antes.....	1	2	3	4
Evito tomar decisiones más que antes. ....	1	2	3	4
Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.....	1	2	3	4
Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.....	1	2	3	4
No duermo tan bien como antes.....	1	2	3	4
Me canso más que antes.....	1	2	3	4
No tengo tan buen apetito como antes.....	1	2	3	4
He perdido peso por falta de ganas de comer.....	1	2	3	4
Estoy preocupado por mi salud.....	1	2	3	4
La relación sexual me atrae menos que antes.....	1	2	3	4

# Validez y confiabilidad del instrumento de vínculo parental en madres de familia de la ciudad de Toluca

Validity and reliability of parental attachment instrument for mothers of the Toluca city

---

Erika Robles Estrada

Hans Oudhof van Barneveld

Susana Silvia Zarza Villegas

Lourdes Gabriela Villafaña Montiel

## Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo validar y confiabilizar el Instrumento de Vínculo Parental de Parker, Tupling y Brown (1979), en una muestra de 125 mujeres mexicanas de la ciudad de Toluca. El instrumento original está constituido por dos escalas; sobreprotección y cuidado con 25 reactivos que permiten obtener los estilos vinculares: control sin afecto, constricción afectiva, vínculo ausente y vínculo óptimo. Se aplicó de manera individual y colectiva en su vivienda o lugar de trabajo de las participantes. Para llevar a cabo la validez se utilizó el análisis factorial y para obtener la confiabilidad el Alpha de Cronbach. De acuerdo con los resultados, quedaron 22 reactivos finales que permiten explicar el 56% de la varianza con una consistencia interna Alpha de Cronbach de 0.93. Por otra parte, se mantuvieron las escalas Sobreprotección con una confiabilidad de Alpha de Cronbach de 0.96 y Cuidado con 0.70. Se concluye que el Instrumento de Vínculo Parental es válido y tiene una consistencia interna adecuada, además cabe mencionar que la mayoría se ubicó en, o tuvo tendencia a un tipo de vínculo saludable como promedio u óptimo, en contraste con una minoría que se caracterizó por un vínculo control sin afecto, constricción afectiva, ausente o débil.

## Abstract

The purpose of the present research was to validate and to establish the reliability of the Parental Attachment Instrument developed by Parker, Tupling & Brown (1979), in a Mexican sample consisting of 125 women from the city of Toluca. The original instrument is constituted by two scales, overprotection and care, with a total of 25 items which measure attachment styles: control without affection, affective constriction, absent attachment and optimal attachment. The instrument was administered individually and in small groups at home or at the workplace of the participants. Factor analysis and Cronbach's Alfa were calculated in order to assess its validity and reliability. According to the results, 22 final items were retained, accounting for 56% of the total variance and with an internal consistency (Cronbach's Alpha) of 0.93. Both scales of the original instrument were maintained: Overprotection and Caretaking, with values for Cronbach's Alpha being 0.96 and 0.70, respectively. It is concluded that the instrument has adequate validity and reliability for Mexican samples. Additionally, the results indicate that the majority of the participants presented a tendency towards healthful attachment (optimal or average), although a minority was characterized by a more negative attachment type of control without affection, affective constriction and weak or absent bonds..

---

**Palabras clave:** Vínculo parental, madres, familia, validez, confiabilidad, estilos vinculares.

**Keywords:** Parental attachment, mothers, family, validity, reliability, attachment styles.

## Introducción

El estudio sobre la relación entre el niño y la madre se ha convertido en el centro de un gran número de investigaciones. Las aportaciones de Bowlby con la teoría del vínculo en la década de los cuarenta a los setenta se centraron en los efectos que el vínculo tiene en los niños como elemento esencial para el desarrollo de una personalidad saludable en la vida adulta, de ahí el interés de validar un instrumento que permitiera la evaluación psicológica del vínculo en adultos.

De acuerdo con la teoría de Bowlby (2000), existe una tendencia natural de los seres humanos a establecer relaciones íntimas y estables con personas determinadas, la cual comienza desde los primeros meses de vida y se evidencia en las diversas formas que el niño tiene para obtener y mantener la proximidad con una figura significativa. Así se establece la ligadura Madre-Hijo, la cual es el resultado de un conjunto de pautas de conducta características, en parte preprogramadas, que se desarrollan en el entorno corriente y que tienen el efecto de mantener al niño en una relación estrecha con la figura materna, a la cual se le denomina vínculo, que es la ligadura emocional característica del mundo mental, en el que se distinguen tres áreas: intrasubjetiva o intrapsíquica, intersubjetiva o interpersonal y transubjetiva o que trasciende a lo social (Bernstein, citado por Lartigue, 1994). Este primer contacto dará origen al tipo de vínculo el cual, según Bartholomew (1997), se desarrolla tempranamente y se mantendrá generalmente durante toda la vida.

De esta manera surge la conducta vincular, que Bowlby (2000) identifica como cualquier tipo de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado al que se considera mejor capacitado para enfrentar al mundo. La actividad que realizan los padres para permitir esta conducta se denomina conducta de atención, que tiene que ver con la satisfacción de las necesidades del hijo. Al res-

pecto Melis *et al.* (2001) señala que la interrelación establecida entre la conducta vincular en el niño con la conducta de atención por parte de los cuidadores determinará el tipo y la calidad del vínculo, en el cual influyen factores como la experiencia individual, la constitución genética y las influencias culturales (Weaver y De Waal, 2002).

La teoría enfatiza la importancia de que el niño se sienta capaz de depender de sus figuras de apego y también en la habilidad de estas figuras para contener y proteger al niño, especialmente en momentos de mayor necesidad. El sistema comportamental del apego ha sido hipotetizado como fundamental para la sobrevivencia del niño, pues busca las condiciones de seguridad con sus cuidadores, especialmente bajo las condiciones de amenaza (Martínez y Pía, 2005). Esto tiene que ver con lo que Bowlby (1969) identificó como modelo operativo interno, que se define como una representación mental de sí mismo y de las relaciones con los otros, y que hace posible anticipar, interpretar y responder a la conducta de sus figuras de apego, ya que integra experiencias presentes y pasadas en esquemas cognitivos y emocionales.

Bowlby (1998) desde sus inicios propuso un modelo del desarrollo con claras implicaciones para la psicopatología, ya que el estilo vincular refleja la interacción entre la personalidad del niño, la familia y el entorno social más amplio, de ahí la importancia que el vínculo se encuentre sentado en bases firmes, pues de lo contrario puede dar origen a diversos trastornos en la personalidad. De hecho, mucha de la psicopatología que hoy en día se observa, en niños y adultos, está relacionada con la problemática del abandono espiritual, social y emocional de los niños que puede dar origen a la delincuencia, depresión, psicopatía, trastornos psicosomáticos, entre otros (Yáñez, 2003).

En este sentido Bucchheim, Brisch y Kächle (1998) afirman que los problemas de vinculación a menudo se transmiten transgene-

racionalmente, a menos que alguien rompa la cadena. Al respecto Main, Kaplan y Cassidy (1985) consideran que las representaciones mentales de los padres acerca de sus experiencias infantiles de apego determinan el patrón que sus hijos establecen con ellos, lo cual implica cierta continuidad a través de las generaciones.

Ainsworth, colega de Bowlby en 1978 y precursora de la teoría del vínculo, fue la primera que propuso la medición de relaciones vinculares con el argumento de que las relaciones madre-hijo diferían de unos a otros, pero que además estas se podían clasificar. También postuló que la conducta de la madre en los primeros meses de vida del niño es un buen predictor del tipo de relación entre ambos (Ainsworth, 1985). Ainsworth, Blehar, Waters y Wall (1978) propusieron el método para evaluar los diferentes estilos de apego en niños de 12 a 18 meses, basado en las reacciones del niño ante una serie de separaciones y reuniones con su madre y un extraño amistoso, llamando a esto la "Técnica de la Situación Extraña" llevada a cabo en un laboratorio diseñado como salón de juegos. La valoración se hizo tomando en cuenta el grado de incomodidad, la aflicción que experimenta el niño y principalmente las estrategias que utiliza para enfrentar sus necesidades de proximidad. A partir de los resultados, al niño se le clasifica en alguno de los tres estilos de apego: seguro, inseguro-evitante y ambivalente-resistente. A estos se agregó otro más, llamado por Main y Salomon (1990) como "vínculo desorganizado o desorientado", puesto que los sujetos no mostraban un patrón claro durante la técnica de la situación extraña.

Estas primeras mediciones de los estilos vinculares se centraron principalmente en niños. Posteriormente se inició la medición en adultos por diversos autores como Parker, Tupling y Brown (1979), quienes diseñaron un instrumento (el que aquí se valida) centrado en los recuerdos que tanto hombres como mujeres adultos poseían de su madre durante la infancia hasta la edad de 16 años, constituido por dos escalas (cuidado y sobreprotección) que en

combinación dan diferentes estilos vinculares que son:

**1. Vínculo óptimo:** Son aquellos padres que obtienen puntajes altos en la escala de cuidado y bajos en la de sobreprotección. Se caracterizan por ser afectuosos, empáticos y contenedores emocionalmente y, a su vez, favorecen la independencia y la autonomía.

**2. Vínculo ausente o débil:** Los padres que obtienen puntajes bajos en cuidado y bajos en sobreprotección. Se caracterizan por presentar frialdad emotiva, indiferencia y negligencia; al mismo tiempo son padres que favorecen la independencia y la autonomía.

**3. Constricción afectiva:** Son aquellos padres que puntúan con alto puntaje de cuidado y alto puntaje en sobreprotección. Se caracterizan por presentar afectuosidad, contención emocional, empatía y cercanía, por un lado, y al mismo tiempo son controladores, intrusivos, tienen un contacto excesivo, infantilizan y previenen la conducta autónoma de sus hijos.

**4. Control sin afecto:** Son aquellos padres que puntúan con bajo cuidado y alta sobreprotección. Se caracterizan por presentar frialdad emotiva, indiferencia y negligencia, al mismo tiempo que son controladores, intrusivos, tienen un contacto excesivo, infantilizan y previenen la conducta autónoma.

**5. Promedio:** Son aquellos padres que obtienen puntajes promedio en ambas escalas.

Aunque se han realizado diversos estudios sobre el vínculo con las figuras parentales, hasta ahora se conoce poco sobre instrumentos de origen mexicano que midan este constructo, o en su caso que se hayan validado en muestras mexicanas. Ante esto surge la necesidad de validar y llevar a cabo la confiabilidad del Instrumento de Vínculo Parental en una muestra de mujeres de la ciudad de Toluca, con la finalidad de que contribuya en el acervo de la medición en psicología en México y que pueda ser utilizado para investigaciones posteriores en el medio cultural mexicano.

## Método

### Participantes

Los participantes fueron 125 mujeres de la ciudad de Toluca, Estado de México, con edades entre 25 y 50 años con diferente nivel educativo en igual proporción. La muestra fue de tipo intencional y se obtuvo de acuerdo con el número de reactivos del instrumento, tomando como criterio cinco personas por cada uno de ellos. El criterio de inclusión fue que las participantes hubieran vivido con su madre hasta los 16 años.

### Instrumento

El Instrumento que se validó es el de Vínculo Parental de Parker, Tupling y Brown (1979), que mide la percepción de la conducta y actitud de los padres en relación con el sujeto en su infancia y adolescencia, hasta los 16 años, es decir una especie de historia de las relaciones vinculares. Es un instrumento tipo Likert con opciones de respuesta que van de 1 (siempre) a 4 (nunca), constituido por dos escalas representadas en 25 reactivos: 1. Cuidado (12 ítems) que se refiere por un lado a la afectuosidad, contención emocional, empatía y cercanía, y por otro, la frialdad emotiva, indiferencia, negligencia; y 2. Sobreprotección (13 ítems) que apunta al control, sobreprotección, intrusión, contacto excesivo, infantilización y prevención de la conducta autónoma.

Cada escala puede ser utilizada de manera independiente o conjunta, obteniendo así un puntaje para cuidado y otro para sobreprotección. El obtener puntajes de ambas escalas permite elaborar cinco tipos de vínculos parentales: control sin afecto, constricción afectiva, vínculo ausente, vínculo óptimo y vínculo promedio.

## Procedimiento

Los datos se recolectaron en una colonia de la ciudad de Toluca y se aplicó el instrumento de manera individual en la vivienda o lugar de trabajo de las participantes, con previa autorización de ellas y garantizando la confidencialidad de la información.

### Análisis de datos

Para obtener la validez y confiabilidad del Instrumento de Vínculo Parental se utilizó el análisis de factores, que sirve para determinar el número y la naturaleza de un grupo de constructos subyacentes en un conjunto de mediciones, mientras que para la consistencia interna del instrumento se empleó el Alpha de Cronbach.

## Resultados

De acuerdo con los resultados obtenidos en el análisis factorial con rotación varimax del Instrumento de Vínculo Parental, se encontraron 2 factores con valores Eigen o autovalores mayores a uno, a partir de dos criterios: el punto de quiebre de la varianza y la claridad conceptual. Los factores seleccionados contienen 22 reactivos finales que permiten explicar el 56% de la varianza con una consistencia interna Alfa de Cronbach de .93. Asimismo, se mantuvieron las dos escalas originales del instrumento Sobreprotección y Cuidado; la primera con una confiabilidad de Alpha de Cronbach de .96 y la segunda con .70, como se puede observar en la Tabla 1.

Los 2 factores resultantes abarcaron 22 reactivos, mismos que constituyeron el diseño final del instrumento, quedando de la siguiente manera como se puede ver en la Tabla 2.

**Tabla 1**

*Varianza del Análisis Factorial del Instrumento de Vínculo Parental*

Número de factor	Nombre del factor	Número de reactivos	Valores Eigen	Porcentaje de la Varianza	Porcentaje de la varianza acumulada	Alpha de Cronbach
1	Sobreprotección	11	5.27	21.08	21.08	.96
2	Cuidado	11	2.97	11.89	32.97	.70

**Tabla 2***Análisis Factorial y Alpha de Cronbach del Instrumento de Vínculo Parental*

	Factor 1 Sobreprotección	Factor 2 Cuidado
Sentía que no podía cuidar de mí mismo (a), a menos que él estuviera cerca.	.914	
Era sobre protector (a) conmigo	.888	
Trataba de hacerme dependiente de ella	.859	
Me permitía vestirme como se me antojara	.843	
Me dejaba salir todo lo que yo quería	.837	
Me daba toda la libertad que yo quería	.814	
Invadía mi privacidad	.746	
Le gustaba que tomara mis propias decisiones	.704	
Trataba de controlar todo lo que yo hacía	.700	
No quería que creciera	.691	
Evitaba que yo saliera solo (a)	.641	
No me elogiaba		.880
No conversaba mucho conmigo		.823
Me hacía sentir que no era deseado (a)		.822
No parecía entender lo que yo quería o necesitaba		.790
Era afectuosa conmigo		.776
Me regaloneaba		.747
Parecía entender mis problemas y preocupaciones		.717
Se entretenía conversando conmigo		.592
Me hablaba con voz amistosa y cálida		.588
Me sonreía frecuentemente		.574
Tenía la capacidad de reconfortarme cuando me sentía molesto (a) o perturbado (a)		.546
<b>Alpha Total</b>	<b>.93</b>	

De acuerdo con los puntajes obtenidos por las participantes en cada una de las escalas del instrumento (sobreprotección y cuidado) se encontró que el 68.8% de la muestra total se

encuentra en algún tipo de vínculo, siendo el más alto el Vínculo Promedio con el 33.6% y el más bajo el Vínculo Ausente o Débil con 3.2% (Ver tabla 3).

**Tabla 3***Distribución de Frecuencias de acuerdo con el tipo de Vínculo Parental*

Tipo de vínculo	Frecuencia	Porcentaje
Promedio	42	33.6%
Óptimo	21	16.8%
Control sin afecto	10	8.0%
Constricción afectiva	9	7.2%
Ausente o débil	4	3.2%
<b>Total</b>	<b>86</b>	<b>68.8%</b>

El 30.5 % restante de la muestra total no se definió completamente en ningún tipo de vínculo, no obstante, en la tabla 4 se muestran las tendencias arrojadas de acuerdo con los puntajes obtenidos. Se encontró el porcentaje más alto con un 14 por ciento en el tipo “Constricción afectiva”.

Es preciso mencionar que se llevaron a cabo las comparaciones del tipo de vínculo por edad, escolaridad y horas de trabajo de las participantes, no encontrando diferencias estadísticamente significativas.

**Tabla 4***Distribución de Frecuencias de acuerdo a las tendencias con los Vínculos Parentales*

Tipo de vínculo	Frecuencia	Porcentaje
Promedio	7	5.6%
Óptimo	3	2.4%
Control sin afecto	10	8.0%
Constricción afectiva	18	14.4%
Ausente o débil	1	0.8
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>31.2%</b>



## Discusión

El Instrumento de Vínculo Parental de Parker, Tupling y Brown (1979), validado para muestras mexicanas, contempla dos escalas que permiten clasificar diferentes estilos vinculares: sobreprotección y cuidado, que se basan en el recuerdo que se tiene de la madre hasta los 16 años. De tal manera que estas escalas tienen que ver con representaciones mentales o “modelos operantes” como los llamó Bowlby (1986) y tienen la capacidad de integrar experiencias pasadas y presentes (con el cuidador primario) como también esquemas cognitivos y emocionales relacionados con tales experiencias. La propuesta de Bowlby en relación a los modelos operantes internos es uno de los conceptos más relevantes de su legado, en la medida que forma la base desde la cual las personas inician y mantienen otras relaciones cercanas. Además, serían relativamente estables a lo largo del ciclo vital (Bretherton, 1999; Fonagy, 1999). Este concepto es clave en la medición del apego adulto. Por lo tanto, los resultados muestran que las dos escalas obtenidas mantienen esta relación entre la experiencia pasada y el estilo vincular en la edad adulta, puesto que se basan en el recuerdo. Los estilos vinculares obtenidos se mantuvieron también de acuerdo con la escala original y son: vínculo óptimo que como su nombre lo indica es el ideal y tiene que ver con el apoyo; vínculo ausente o débil, caracterizado por el rechazo parental; constricción afectiva, identificado por sobreprotección; control sin afecto, donde se da la negligencia del cuidador primario pero además se ejerce control excesivo; y vínculo promedio, que son aquellos padres que obtienen puntajes promedio en ambas escalas.

Cabe mencionar que el instrumento fue adaptado en Chile por Albalá y Sepúlveda (citado por Martínez y Pía 2005) en 1997 y se obtuvieron buenos niveles de confiabilidad de acuerdo con el Alpha de Cronbach (sobreprotección .93, cuidado .78) similares a los obtenidos en México con variaciones mínimas (sobreprotección .96, cuidado .70), con la diferencia de que en Chile se replicaron los 25 reactivos y en Mé-

xico fueron eliminados tres de ellos, quedando 22. De manera general se ha encontrado que este instrumento ha sido utilizado ampliamente a nivel mundial (Manassis, Owens, Adam, West & Sheldon-Keller, 1999; Mancini, D'Olimpio, Prunetti, Didonna & Del Genio, 2000; Cheng & Furnham, 2004; Favaretto, Torresani & Zimmerman, 2001; Myhr, Sookman & Pinard, 2004; Willinger, Diendorfer-Radner, Willnauer, Jorgl & Hager, 2005).

Esta clasificación guarda estrecha relación con el modelo de Ainsworth (1985) de los estilos vinculares, se puede decir que el vínculo óptimo y el promedio que se manifiesta cuando la madre se caracteriza por ser afectuosa y empática con los hijos, favorecedora de la independencia y la autonomía (Parker, Tupling y Brown, 1979), guardando similitudes con el tipo de apego seguro en donde la madre es accesible, receptiva y cálida (Ainsworth, 1985). Mientras que el vínculo ausente o débil, referido como aquél que caracteriza a la madre como fría, emotiva e indiferente, tiene que ver con el apego resistente definido por una madre que muestra disponibilidad en ciertas ocasiones pero en otras no, y es indiferente mostrando las amenazas de abandono como medio de control (Bowlby, 1989).

En cuanto al tipo de vínculo constricción afectiva, los creadores de instrumento de esta investigación, Parker *et al.* (1979), señalan que la madre tiene como característica el ser afectuosa por un lado y al mismo tiempo controladora e intrusiva. De acuerdo con el estudio de Ainsworth (1985), este vínculo sería el equivalente al tipo de apego desorganizado o desorientado, que no permita la autonomía y donde hay control hacia el pequeño.

Finalmente, el vínculo control sin afecto, el cual es generado por una madre que presenta frialdad e indiferencia (Parker *et al.*, 1979), se compara con el apego evitante de Ainsworth (1985), en el cual el niño supone que cuando busque cuidados no recibirá atención o cariño sino rechazo, por ello intentará volverse autosuficiente para vivir sin el apoyo de otros.

Cabe mencionar que de la muestra total la mayoría se ubicó en algún estilo vincular de acuerdo con los puntajes obtenidos en las escalas sobreprotección y cuidado, pero no se permitió la identificación del estilo en casi una tercera parte de las participantes, aunque se pudo detectar una tendencia hacia el estilo de constricción afectiva.

En este sentido, se plantea la posibilidad de desarrollar una nueva versión del instrumento con otras dimensiones válidas y confiables que permitan la identificación de estilos vinculares en toda la muestra, y que se pueda utilizar en diversos contextos para detectar las relaciones en riesgo de la diada Madre-Hijo, puesto que el vínculo entre ambos es básico en el concepto de calidad en las relaciones tempranas, tal y como fue expuesto por Bowlby (1988), representando un modelo de desarrollo humano con claras implicaciones para la salud y la patología. Los fuertes lazos creados durante la infancia entre el niño y su figura de apego no sólo ayudan a la supervivencia de la especie, sino al individuo durante los años de mayor vulnerabilidad. La evaluación constante de la figura vincular como alguien que puede proporcionar una base segura en caso de necesidad, así como del individuo mismo como alguien merecedor o no de cuidados, le da a la relación entre madre e hijo una importante función organizacional en la dinámica de las personas.

La ventaja del instrumento validado aquí es que permite determinar, de acuerdo con la obtención de las normas, un estilo vincular relativamente rápido. No obstante, es pertinente mencionar que no en todos los casos se llegó a una clasificación precisa, ya que en algunos de ellos sólo se arrojaron las tendencias a cierto tipo de estilo. Asimismo, al realizarse la validación únicamente en una muestra de mujeres, quedó fuera la medición en varones y en niños. De tal manera que se considera necesario vislumbrar en una futura investigación la creación de instrumentos de medición del apego en adultos tanto mujeres como en hombres, así

como en niños, lo que permitirá hacer un análisis más fino y detallado de los datos, al mismo tiempo que fortalezca la medición del vínculo en el contexto mexicano.

Por último, esta investigación se centró en la obtención de la validez y confiabilidad del Instrumento de Vínculo Parental y en la descripción de los tipos vinculares de la madres participantes, sin embargo, sería interesante indagar posteriormente la influencia que tiene el desarrollo y la salud mental de la propia madre, como un factor desencadenante de rasgos similares en el propio bebé; y cómo el desempeño de estos rasgos le permitan funcionar como mamá.

## Referencias

---

- Ainsworth, M. (1985). Attachment across the life span. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 61, 792-812.
- Ainsworth, M., Blehar, M. Waters, E. & Wall, S. (1979). *Patterns of Attachment Assesed in the strange situation and at home*. New Jersey: Lawrence Earlbaum.
- Bartholomew, K. (1997). Adult attachment processes: individual and couple perspectives. *British Journal of Medical Psychology*, 70, 249-63.
- Bowlby, J. (1969/1989). *El apego y la pérdida-2*. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (1998). *El apego y la pérdida-1*. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (2000). *El apego y la pérdida-3*. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (2001) *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Barcelona: Paidós.
- Bretherton, I. (2000). Des modalités aux modèles internes: La perspective de théorie de l'attachement. En O. Halfon, F. Anserment & B. Pierrehumbert (eds.), *Filiations psychiques* (pp.102-115). Paris: PUF.
- Bucchheim, A., Brisch, K. H. y Kächele, H. (1998). The differential relevance of attachment representation, emotion-abstraction patterns, and narrative style: A computer-based text analysis of the Adult Attachment Interview. *Psychotherapy Research*, 10, 390-407.
- Cheng, H. & Furnham, A. (2004). Perceived parental rearing style, self-esteem and self criticism as predictors of happiness. *Journal of Happiness Studies*, 5, 1-21
- Favaretto, E. Torresani, S. & Zimmerman, C. (2001). Further results on the reliability of the parental bonding instrument in an Italian sample of schizophrenic patients and their parents. *Journal of Clinical Psychology*, 57(1), 119-129.
- Fonagy, P. (1999). Psychoanalysis and attachment theory. En J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.). *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 595-624). New York: Guilford Press.
- Lartigue, T. (1994). *Guía para la observación del Vínculo Materno-Infantil durante el primer año de vida*. México: Universidad Iberoamericana.
- Lartigue, T. Y Vives, A. (1992). Apego y vínculo. Comunicación preliminar. *Cuadernos de Psicoanálisis*, XXV (1-2), 45-53.
- Main, M. & Salomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during Ainsworth Strange Situation. En M. Greenberg, D. Cicchetti & M. Cummings (Eds.). *Attachment in the preschool years: Theory research and intervention* (pp. 121-160). Chicago: University of Chicago Press.
- Main, M., Kaplan, N. & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation. En I. Bretherton & E. Waters (Eds.). *Growing points of attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50. Serial no. 209, (pp. 66-104). Chicago: University of Chicago Press.
- Manassis, K., Owens, M., Adam, K. S., West, M. & Sheldon-Keller, A. E. (1999). Assessing attachment: Convergent validity of the Adult Attachment Interview and the Parental Bonding Instrument. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33(4), 559-567.
- Mancini, F., D'Olimpio, F., Prunetti, E., Didonna, F. & Del Genio, M. (2000). Parental Bonding: can obsessive symptoms and general distress be predicted by perceived rearing practices? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 201-208.
- Martínez, C. y Pía, M. (2005). La evaluación del apego en el adulto: Una revisión. *Revista Psykhe*, 14(1), 181-191.
- Melis, F., Dávila, M. Ormeño, V., Vera, V., Greppi, C. y Gloger, S. (2001). Estandarización del PBI (Parental Bonding Instrument), versión adaptada a la población entre 16 y 64 años del Gran Santiago. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 30, 132-139.
- Myhr, G., Sookman, D. & Pinard, G. (2004). Attachment security and parental bonding in adults with obsessive compulsive disorder compared to depressed outpatients and healthy controls. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 447-456.
- Parker, G. Tupling, H. & Brown, L. (1979). A parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10.
- Weaver, A. y De Waall, F. (2002). An index of relationship quality based on attachment theory. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 116, 93-106.
- Willinger, U., Diendorfer-Radner, G., Willnauer, R. Jorgl & Hager, V. (2005). Parenting stress and parental bonding. *Behavioral/Medicine*, 31(2), 63-69.
- Yáñez, S. (2003). *Normalidad y patología: aportaciones de la teoría del apego*. Recuperado el 12 de mayo de 2008, R de <http://psiquiatría.com/interpsiquis2003/9767>.

# Factores protectores y los estilos de crianza: un modelo bioecológico

Protective factors and parenting styles: A bio-ecological model

---

José Concepción Gaxiola Romero

Martha Frías Armenta

Universidad de Sonora

Aurelio José Figueredo

University of Arizona

## Resumen

El objetivo del estudio fue evaluar, empleando la teoría bioecológica de Bronfenbrenner, los efectos de factores protectores en la crianza. 183 madres con historia de abuso, habitantes de la ciudad de Hermosillo, Sonora, México, aceptaron participar en la investigación. Los datos fueron analizados empleando ecuaciones estructurales. Los resultados muestran que el factor K modula el efecto de los factores protectores. Éstos y los de riesgo se encontraron tanto en el exosistema, como en el microsistema y en el ontosistema. El factor protector predijo los estilos de crianza, amortiguando los efectos de las variables de riesgo como la inseguridad del vecindario, la violencia de pareja y la depresión.

## Abstract

The aim of this study was to evaluate the effects of protective factors on parenting styles, based on Bronfenbrenner's bio-ecological theory. One-hundred-and-eighty-three mothers living in Hermosillo, Sonora, Mexico, with child abuse history, accepted to participate in the research. The data were analyzed using structural equation modeling. Results showed that K factor modulates the effect of protective factors. Protective and risk factors were found in the exosystem, microsistem and ontosistem. Protective factor predicted parenting styles, buffering the effects of risk factors like neighborhood insecurity, partner violence, and depression.

---

**Palabras clave:** estilos de crianza, factores protectores, factores de riesgo, factor K, teoría bioecológica.

**Keywords:** parenting, protective factors, risk factors, K factor, bio-ecological theory.

## Introducción

Los estilos de crianza implican valores y metas de socialización de los hijos, las prácticas educativas específicas que utilizan los padres y las actitudes que expresan hacia los hijos (Darling y Steinberg, 1993). Baumrind (1967; 1983; 1991) propuso una caracterización de estos basándose en el tipo de control ejercido por los padres hacia los hijos. De este análisis resultaron tres tipos de estilos cualitativamente diferentes: los padres autoritativos, los autoritarios y los permisivos.

De acuerdo con Baumrind (1991) los padres autoritativos agrupan un conjunto de características que abarcan apoyo emocional, posibilidad de autonomía y comunicación bidireccional, lo cual permite a niños y adolescentes desarrollar competencia instrumental, caracterizada por cooperación con adultos y compañeros, independencia responsable y madurez psicossocial.

El estilo autoritario está asociado con el empleo del castigo físico y verbal como método disciplinario de los hijos (Frías-Armenta, López-Escobar y Díaz-Méndez, 2003). El castigo corporal aplicado a los hijos tiene relación con la presencia de comportamientos negativos, tales como conducta antisocial y violenta, sentimientos de miedo, ansiedad y enojo, sentimientos depresivos y con la reproducción en la etapa adulta de las prácticas agresivas con los propios hijos y el abuso infantil (Frías, 2002; Gershoff, 2002).

Los padres pasivos pueden ser padres indulgentes que son bajos en demandas y altos en responsividad (reforzamiento), o bien, como señalan Maccoby y Martin (1983), pueden ser bajos en demandas y bajos en responsividad. El bajo involucramiento de los padres, definido como el grado de interés en las actividades de los hijos durante la niñez (una variable relacionada con el estilo pasivo), está asociado con los logros escolares bajos en niños de primaria (Englund, Luckner, Whaley y Egeland, 2004), y con la pobre salud psicológica de las mujeres en la edad adulta (Flouri, 2005).

Las consecuencias psicossociales en los niño(a)s relacionadas con los estilos de crianza, establecen la necesidad de realizar investigaciones que identifiquen los factores que pueden afectarlos.

### El modelo bioecológico

Bronfenbrenner (1979) desarrolló un modelo ecológico que está basado en círculos concéntricos de mutua influencia divididos en tres contextos principales: el macrosistema, el exosistema y el microsistema. El macrosistema es el nivel más amplio e incluye las formas de organización social, las creencias culturales y los estilos de vida que prevalecen en una cultura o subcultura particular. El segundo nivel es el exosistema y está conformado por el sistema de relaciones enmarcadas por las instituciones que median entre la cultura y el nivel individual como la escuela, los organismos judiciales, las instituciones de seguridad y la Iglesia. El tercer nivel lo forma el microsistema, compuesto por las relaciones más cercanas de las personas, el cual está caracterizado fundamentalmente por las relaciones familiares, y además, está conformado por variables individuales. Belsky (1980) agregó el nivel del ontosistema para incluir los factores individuales (originalmente del microsistema). El modelo ecológico original de Bronfenbrenner (1979) fue modificado por Bronfenbrenner y Ceci (1994) agregando al paradigma ecológico el elemento biológico, llamándolo a partir de entonces teoría bioecológica del desarrollo humano, la cual enfatiza ciertos mecanismos de interacción del organismo con el ambiente nombrados en la teoría "factores proximales", cuya importancia radica en que, a través de ellos, los genotipos (producto de la herencia) son transformados en fenotipos (la expresión comportamental del organismo). La teoría bioecológica establece que el ser humano es un ente activo involucrado en un proceso continuo de cambios de sus características biopsicológicas. Dicho proceso es modulado tanto por las experiencias de los sujetos con los diversos contextos en donde se desenvuelve, así

como por las influencias genéticas manifestadas en dichos intercambios. Al igual que en la propuesta inicial de la teoría ecológica, las influencias ambientales van desde las directas establecidas en los contextos inmediatos de los sujetos (micro y exosistema), denominadas procesos proximales, hasta las remotas e indirectas constituidas por contextos más globales (macrosistema) llamadas procesos distales. En la teoría bioecológica los procesos proximales constituyen las interacciones primarias del desarrollo humano. A partir de sus posibilidades analíticas, el modelo bioecológico puede servir de marco para el estudio de las variables protectoras o de riesgo relacionados con los estilos de crianza, al incluirse en el análisis variables de los diversos sistemas, y se agrega al menos, la influencia de una variable biológica. La crianza debido a que recibe la influencia de un conjunto de variables proximales y distales (Darling y Steinberg, 1993), requiere para su estudio de teorías que permitan un análisis holístico de las variables que la afectan.

Los factores protectores son aquellas condiciones o entornos capaces de favorecer el desarrollo de individuos o grupos y que pueden reducir los efectos de circunstancias desfavorables (Munist, Santos, Kotliarenko, Suárez, Infante y Grotberg, 1998). Estos factores funcionan, además, como defensas sobre los efectos negativos de las variables de alto riesgo (Cicchetti y Rogosch, 1997; Muller y Lemieux, 2000; Rutter, 1999; Rutter, 2007), y de acuerdo con la teoría ecológica de Bronfenbrenner (1979) pueden operar en todos los sistemas, por lo cual es necesario analizar cuáles son las variables que pueden ser más relevantes en cada uno de ellos.

En el macrosistema, el nivel socioeconómico alto puede constituirse como variable protectora. Los niveles altos de educación, el tener empleo, y la ausencia de presiones económicas pueden ser mecanismos protectores contra los estilos de crianza violentos (Carlson, McNutt y Choi, 2003).

En el nivel del exosistema pueden encontrarse como variables protectoras la cohesión y el apoyo social de vecinos. La cohesión implica el grado de confianza y de valores compartidos entre las personas que viven en el vecindario (Silk, Sessa, Morris, Steinberg y Avenevoli, 2004). Las investigaciones sugieren que las habilidades de los padres para el empleo de estrategias de crianza exitosas, dependen en parte, de los niveles de apoyo social brindados y el estrés experimentado fuera de casa, en los contextos que rodean a la familia (Bowen, Bowen y Ware, 2002; Korbin, 2003).

A nivel del microsistema puede incluirse como variable protectora el apoyo social de familiares y amigos y el de la pareja. En el caso de los padres y madres de familia, el apoyo social sirve para que ellos se sientan conectados a su comunidad y promueve que empleen estrategias disciplinarias no punitivas (Crouch y Behl, 2001; Garbarino y Kostelny, 1995). Por medio del apoyo social, los padres y madres pueden recibir soporte instrumental (por ejemplo dinero), emocional o información sobre estrategias de crianza (Crouch y Behl, 2001).

En el ámbito de la familia, el apoyo social entre las parejas afecta la relación entre los eventos traumáticos y su bienestar psicológico, al incrementar la satisfacción, el funcionamiento individual, bajar los niveles de estrés y disminuir los síntomas depresivos (Dehle, Larsen y Landers, 2001).

En el ontosistema pueden encontrarse las variables calidad de vida y autoestima. En un sentido amplio, la calidad de vida refiere a la satisfacción individual y a la felicidad en todas las dimensiones consideradas de importancia en la vida (Hyland, 1998). Algunas de las dimensiones del constructo de calidad de vida son predictores del ajuste psicológico; como por ejemplo, el estatus del empleo, la satisfacción laboral, la situación y la salud física (Louis y Zhao, 2002), las cuales pueden relacionarse con estrategias de crianza efectivas.

La autoestima puede definirse como la suma de las creencias individuales, y el conocimiento acerca de los atributos y cualidades personales (Mann, Hosman, Schaalma y De Vries, 2004). La autoestima alta es un factor importante que contribuye a mejorar la salud y la calidad de vida (Zimmerman, 2000); así mismo, es un predictor de la felicidad reportada (Furnham y Cheng, 2000), por lo cual es posible que afecte a los estilos de crianza efectivos.

El factor K alto de acuerdo con la teoría evolucionista, tiene que ver con comportamientos de alta inversión paterna, comportamiento prosocial y pensamiento a largo plazo (Figueroa et al., 2005), puede ser un mecanismo que afecta la influencia de los factores protectores contra las consecuencias adversas de los factores de riesgo. En la teoría bioecológica, el factor K constituye una variable psicobiológica del tipo proximal, que posiblemente afecte los estilos de crianza.

La inversión paterna, como uno de los indicadores del Factor K, se asocia con el compromiso y involucramiento que los padres tienen con los hijos y constituye una variable integral de la crianza, debido a la dependencia de los niños con respecto a los adultos que los rodean (Darling y Steinberg, 1993).

Con respecto a los factores de riesgo, éstos constituyen cualquier característica o cualidad de una persona o comunidad que va unida a una elevada probabilidad de dañar la salud (Munist et al., 1998). Los factores de riesgo no causan directamente consecuencias negativas, sino que establecen las circunstancias que las probabilizan (Luthar, Cicchetti y Becker, 2000; Tussaie y Dyer, 2004).

Como variable de riesgo en el exosistema pueden incluirse las características de inseguridad del vecindario. Estas representan un riesgo indirecto para la aplicación de estrategias de crianza violentas, debido a que afectan primeramente el bienestar general de las familias (DuMont, Widom y Czaja, 2007). La vio-

lencia en la pareja se ubicará en el modelo, como una variable de riesgo del microsistema. Algunas investigaciones reportan que la violencia en la pareja tiene relación con los estilos disciplinarios violentos (Frías y McCloskey, 1998; Youssef, Attia y Kamel, 1998; Margolin et al., 2003). Gaxiola y Frías (2005) mencionaron que la relación entre la violencia doméstica y los estilos de crianza violentos, puede ser por el estrés que provoca ser receptora de violencia por parte de la pareja; algunos autores señalan que dichos efectos son similares al estrés post-traumático (Chemtob y Carlson, 2004).

En el ontosistema puede encontrarse como variable de riesgo la depresión. La depresión materna está asociada alta y significativamente a las estrategias de crianza empleadas con los hijos (Hammen, 2003). Los resultados de algunas investigaciones señalan que las madres depresivas presentan comportamientos más irritables u hostiles con sus hijos, además sus actos son menos predecibles y tienden a despreocuparse de sus hijos (Langrock Compas, Keller, Merchant, y Copeland, 2002; Lovejoy, Graczyk, O'Hare y Neuman, 2000; Lyons-Ruth, Wolfe y Lyubchik, 2000). La relación entre la depresión y los estilos disciplinarios violentos ya fue establecida para una muestra con características similares a las del presente estudio (Frías, 2002).

Atendiendo a lo señalado anteriormente en el aspecto metodológico, serán probadas en un modelo estructural, las relaciones directas e indirectas entre variables protectoras y de riesgo del ontosistema, del microsistema, del exosistema y del macrosistema, las cuales son señaladas por la literatura como variables relevantes de protección y de riesgo relacionadas con los estilos de crianza, y también, con la probabilidad para el maltrato infantil. El presente estudio es la continuación de una línea de investigación, donde en un primer momento, se han estudiado los estilos de crianza de las madres de familia; sin embargo, en futuras investigaciones se requiere de la evaluación de

los factores asociados a los estilos de crianza de los padres.

Debido a que los factores protectores y los factores de riesgo pueden encontrarse en múltiples dominios, es necesario la construcción de modelos integradores que midan en su amplitud contextual dichos factores (Luthar, Cicchetti y Becker, 2000), empleando por ejemplo los modelos de ecuaciones estructurales para el análisis de las relaciones directas e indirectas entre las variables (Bentler, 2006; Serbin y Karp, 2004).

Por tal motivo, el objetivo de la presente investigación fue identificar los factores que protegen a las madres, frente a la probabilidad de utilizar con sus hijos los estilos de crianza autoritarios, ante la presencia de riesgos específicos como la inseguridad del vecindario, la violencia de pareja y la depresión.

## **Método**

### **Participantes**

Fueron entrevistadas 182 madres de familia en situaciones de riesgo para conformar un muestreo deliberado por heterogeneidad (Cook y Campbell, 1979), que cumplieron con el requisito de tener una relación estable con su pareja durante el último año, y con al menos un hijo de entre 6 y 12 años.

Los factores de riesgo que se tomaron en cuenta para la conformación de la muestra fueron aquellos que de acuerdo con la literatura probabilizan el riesgo de utilizar tácticas disciplinarias violentas con sus propios hijos. Éstos fueron: a) Madres que acudían a buscar atención médica en los hospitales (Lowne y Vega, 2001); b) Madres con niños en escuelas de educación especial (Ateha y Durrant, 2005); c) Madres con número de hijos arriba del promedio para el Estado (Ethier, Couture y Lacharité, 2004); d) Madres con problemas de consumo de alcohol y drogas (Berger, 2004); y, e) Madres

con historia de violencia con la pareja (Margolin y Gordis, 2003).

### **Instrumentos**

Fue conformado un inventario que incluyó preguntas demográficas como la edad de la madre y su estatus matrimonial, el ingreso familiar mensual, el ingreso separado por cada uno de los miembros de la pareja, la ocupación del compañero y el nivel educativo de los padres. La Escala de Prestigio del Trabajo Americano (Stevens y Hoisingnton's, 1987) se utilizó para obtener indicadores del estatus ocupacional de las madres y padres adaptada al contexto mexicano, donde resultaron las categorías de desempleado, peón u obrero especializado y no especializado, empleado administrativo o equivalente, cuadros medios y cuadros altos de la empresa.

Los niveles de depresión fueron evaluados empleando la Escala de Depresión de Hamilton (Hamilton, 1959, Hamilton y Collins, 1981). Las madres encuestadas reportaron el número de veces que tuvieron alguno de los sentimientos enumerados en la escala en las últimas dos semanas. En estudios previos desarrollados en la localidad, se reportaron valores apropiados de confiabilidad y validez; Figueredo et al. (2001) obtuvieron un alfa de .79 y Frías (2002) reportó un alfa de .72.

Los niveles de violencia de la pareja se valoraron con la escala de Tácticas de Conflicto de Straus (1990). Dicha escala fue elaborada en los Estados Unidos y traducida al español por expertos. Los reactivos de la escala miden la frecuencia con la que las mujeres recibieron agresiones por parte de sus parejas. Straus reportó un alfa de Cronbach de .78 para toda la escala y Gaxiola y Frías (2005) reportaron un alfa de .91.

El apoyo de la pareja se midió con una escala elaborada especialmente para el estudio por Gaxiola y Frías (no publicada). Dicha es-



cala cuenta con 22 reactivos que miden la frecuencia con que la pareja realiza actividades de apoyo. En el estudio piloto del instrumento resultó un alfa de .93.

Una escala elaborada para la investigación por Gaxiola y Ribes (no publicada) fue utilizada para valorar los estilos de crianza. Dicha escala está conformada por 132 preguntas que pretenden medir los estilos de crianza y su estabilidad de acuerdo con la clasificación de Baumbrind (1967, 1983, 1991). La escala cuenta con un total de 132 preguntas que evalúan los estilos autoritario, autoritativo y permisivo en tres momentos: pasado (hace un año), presente (desde hace un mes), futuro (a partir del siguiente evento). En el piloteo de la escala resultó un alfa de .77.

Para medir las características de inseguridad del vecindario fue aplicada una escala elaborada por Frías-Armenta, López-Escobar y Díaz-Méndez (2003), la cual reportó un alfa de .85. La escala está compuesta por 9 preguntas donde los encuestados califican diversas características del lugar donde viven. También se aplicaron seis preguntas adicionales, elaboradas por las mismas autoras para evaluar la cohesión social del vecindario, la cual presentó un alfa de .85 en el estudio piloto.

La autoestima fue medida empleando 13 preguntas del inventario de Harterard compilado en el proyecto DICA-R-7.3 de la Washington University School of Medicine (Reich, 1992) que expresaron la opinión que las encuestadas tuvieron sobre sí mismas.

El apoyo social se midió con un cuestionario de 18 preguntas conformado con dos escalas incluidas en el proyecto DICA-R-7.3 de la Washington University School of Medicine (Reich, 1992). Una de ellas mide la frecuencia de las interacciones de los familiares y amigos y la otra mide la frecuencia del apoyo social emocional e instrumental de los mismos. En el estudio piloto resultó un alfa de .82 para todo el cuestionario en su conjunto.

El factor K fue evaluado con el instrumento desarrollado por Figueredo et al. (2005) denominado mini K, el cual en un estudio piloto llevado a cabo en Tucson, Arizona, y en Hermosillo, Sonora, obtuvo un alfa de Cronbach arriba de .60.

Por último, la calidad de vida se midió con la versión breve del Inventario de Calidad de Vida (WHOQOL-Bref), el cual presenta 25 preguntas en cuatro dominios: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y aspectos ambientales. Carr (2003) reportó un alfa de Cronbach para la escala de .66 a .97.

### **Procedimiento**

Las madres de familia fueron entrevistadas en sus casas, en las salas de espera de hospitales públicos y de instituciones que atienden violencia intrafamiliar, en salones de clase de primarias de la periferia de la ciudad, y en cuartos proporcionados por una institución que atiende a mujeres en rehabilitación de abuso de alcohol y drogas. Todos los directores de los organismos fueron contactados antes del estudio para explicarles brevemente el proyecto y entregarles una solicitud formal, donde estaban especificados los objetivos y las características generales de la investigación, además fue anexada una copia de la entrevista. Las madres fueron entrevistadas previo consentimiento informado por estudiantes de la escuela de Psicología de la Universidad de Sonora y por pasantes de la misma escuela entrenados en el levantamiento de datos. La entrevista duró aproximadamente 75 minutos.

### **Análisis de datos**

Primeramente se obtuvieron estadísticas univariadas, medias y desviaciones estándar para las variables continuas y frecuencias para las variables categóricas. Las variables negativas fueron multiplicadas por -1 para estandarizarlas con las variables positivas; éstas fueron las variables depresión, violencia de pareja,

historia de abuso, estilo de crianza autoritario, estilo de crianza permisivo y abuso infantil.

Después fueron elaborados índices promediando las variables de las escalas. Se obtuvieron las alfas de cada uno de los índices conformados, y posteriormente los datos fueron analizados utilizando un modelo de ecuaciones estructurales (Bentler, 2006). Cada uno de los factores teóricos propuestos fue probado con sus indicadores, así como sus interrelaciones en modelos de correlación y regresión, también se eliminaron las relaciones no significativas entre los factores y las variables indicadoras. Posteriormente, fue probado el modelo de relaciones estructurales. El macrosistema fue eliminado del modelo al no obtenerse los datos de los diversos estratos socioeconómicos para realizar las comparaciones.

## Resultados

### Variabes demográficas

La edad promedio de las mujeres fue de 34.8 años (desviación estándar 6.3), el número

de hijos tuvo una media de 2.6 (desviación estándar 1.0) y los años de escolaridad de las madres tuvieron una media de 8.6 (desviación estándar 6.6), lo que equivale en promedio a segundo grado de secundaria; la media de convivencia con la pareja fue de 12.4 años (desviación estándar 5.1). La Tabla 1 presenta las características demográficas de la muestra.

Se obtuvieron alfas para cada una de las escalas de la investigación las cuales son presentadas en la Tabla 2. Todas las alfas resultaron superiores a .60 por lo cual fueron consideradas aceptables.

La Tabla 3 muestra las correlaciones de Pearson de donde se obtuvieron las variables y el factor protector del modelo estructural. Todas las correlaciones fueron significativas a  $p < .0001$ . Se conformaron de manera significativa los constructos exosistema, microsistema, ontosistema, crianza y factor protector.

**Tabla 1**

*Variabes Demográficas de la Muestra*

Variable	M (N= 182)	D. E.
Edad	34.8	6.3
Tiempo de vivir con su pareja	12.4	5.1
Ingreso de pareja*	6058.3	7405.8
Ingreso propio*	1609.1	3539.1
Ingreso de algún otro tipo*	137.9	649.6
Ingreso familiar*	7495.5	8216.6
Años de escolaridad de pareja	8.5	7.1
Años de escolaridad propia	8.6	6.6
Número de hijos	2.6	1.0

\*Pesos mexicanos al mes

**Tabla 2***Alfas de las Escalas Empleadas en la Investigación*

Escala	Alfa de Cronbach
Apoyo social familiares y amigos	0.79
Cohesión del vecindario	0.85
Seguridad del vecindario	0.92
Apoyo de pareja	0.93
Violencia de pareja	0.93
Estilo autoritativo	0.93
Estilo autoritario	0.78
Estilo permisivo	0.94
Crianza	0.84
Factor K	0.82
Autoestima	0.84
Depresión	0.97
Calidad de vida	0.90

**Tabla 3***Correlaciones de Pearson de las variables utilizadas en el modelo estructural y del factor protector*

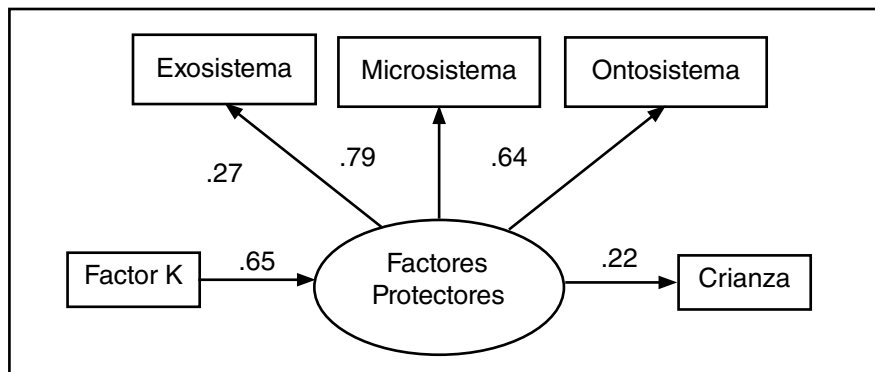
Variable	N	Exosistema	Microsistema	Ontosistema	Crianza	Factor Protector
Apoyo social	174	0.72				
Cohesión del vecindario	180	0.60				
Seguridad del vecindario	182	0.61				
Apoyo de pareja	181		0.73			
Apoyo social de familiares y amigos	182		0.71			
Violencia de pareja	181		0.77			
Autoestima	182			0.75		
Calidad de vida	182			0.76		
Depresión	181			0.64		
Estilo autoritativo	181				0.82	
Autoritario	181				-0.80	
Permisivo	181				-0.84	
Exosistema	182					0.59
Microsistema	182					0.79
Ontosistema	182					0.79

\*p&lt;.0001

## Modelo estructural

La Figura 1 muestra los resultados del modelo estructural. Los indicadores de bondad de ajuste del modelo mostraron su pertinencia al obtener valores cercanos a 1, además, resultó una  $X^2$  de 15.8 basada en 13 GL, con una probabilidad asociada de 0.25, lo cual permite concluir que el modelo teórico evaluado no es significativamente diferente del modelo saturado. La  $R^2$  del modelo con respecto a los estilos de crianza fue de .05.

En el modelo presentado el factor K predijo a los factores protectores (.65), construidos a partir de variables del exosistema, microsistema y ontosistema. Dicha relación implica que a mayor inversión paterna aumentan los factores protectores. Estos datos muestran que las madres altas en el factor K tienden a interactuar con variables protectoras del exosistema, el microsistema y el ontosistema, las cuales pueden protegerlas de los efectos adversos de las variables de riesgo, encontradas también



$X^2 = 14.6$  5 G. de L.  $p = 0.01$  BBNFI = .90 BBNNFI = .86 GFI = .96 RMSEA = .04  $R^2 = .05$

Figura 1. Modelo estructural de los factores protectores del exosistema, microsistema, ontosistema y la crianza.

## Discusión

El presente estudio identificó algunos de los factores protectores presentes en la ecología de las madres encuestadas que las protegen de las consecuencias negativas de las variables de riesgo en la crianza de sus hijos. Las variables protectoras de los sistemas evaluados fueron, en el exosistema, el apoyo social de los vecinos y la cohesión social; en el microsistema, el apoyo de pareja y el apoyo social de familiares y amigos; y del ontosistema, la calidad de vida y la autoestima. Las variables de riesgo fueron del exosistema la inseguridad del vecindario, del microsistema la violencia de pareja, y del ontosistema la depresión.

en dichos sistemas. Así, a mayor factor K, se obtiene mayor beneficio de los apoyos sociales disponibles desde la pareja, los familiares y amigos y los vecinos, lo cual avala el principio que indica una relación positiva entre el factor K y el comportamiento prosocial (Figueredo et al., 2005). El apoyo social funciona indirectamente, proporcionando aceptación emocional que puede proteger del impacto del estrés sobre los padres (Simons, Lorenz, Wu y Conger, 1993). Garbarino y Kostelny (1995) mencionan que el apoyo social sirve para que los padres se sientan conectados a su comunidad, y promueve que se utilicen estrategias disciplinarias no punitivas al tener posibilidad de recibir apoyo instrumental (por ejemplo dinero), apoyo emocional o información sobre estrategias de crian-

za (Cochran y Niego, 1995). Por otra parte, los apoyos recibidos por las madres de familia extendida y de los amigos, puede incrementar la probabilidad del empleo de las estrategias de crianza de tipo autoritativo. En diversas investigaciones la explicación de la relación entre el apoyo social recibido y los estilos de crianza, está en función del impacto del apoyo social en la obtención de recursos materiales y emocionales para las madres de familia (Bowen, Bowen y Ware, 2002; Garbarino, Kostelny y Barry, 2002; Korbin, 2003), que afectan su bienestar familiar general (Armstrong, Birnie-Leftcovitch y Ungar, 2005).

El apoyo de la pareja resultó ser una variable protectora en el microsistema. Para Belsky (1984) y Belsky y Vondra (1989), el apoyo social de la pareja constituye el principal sistema de apoyo con respecto a los determinantes del comportamiento de crianza en los padres. De acuerdo con dichos autores, la calidad de las relaciones de pareja probablemente establece un clima de acuerdo y cooperación, lo cual puede ser la base para explicar que en este estudio, las relaciones de pareja predijeron a los estilos de crianza con tendencias autoritativas. Los resultados encontrados fortalecen la teoría de Belsky (1984) sobre los determinantes familiares de los estilos de crianza, al aportar datos a favor del papel protector del apoyo social de la pareja. DeLongis, Capreol, Holtzman, O'Brien, y Campbell (2004) encontraron que el apoyo de la pareja influye en el afecto positivo de sus miembros y esto a su vez afecta su bienestar, por su parte Purdom, Lucas y Miller (2006) señalaron que al incrementarse el apoyo del esposo la satisfacción de la relación puede incrementarse.

Otra de las variables indicadoras del exosistema señala que los efectos positivos de la cohesión social del vecindario donde viven las madres, pueden servir como un factor protector de los riesgos de la historia de abuso, lo cual está de acuerdo con los modelos de eficacia colectiva (Sampson Raudenbush y Earls, 1997;

Boyce et al., 1998), los cuales establecen que la cohesión social de los vecindarios influye en las estrategias utilizadas por los padres en el contexto familiar. Silk et al. (2004) reportaron que la cohesión social del vecindario es un factor protector de los estilos maternos hostiles. Así, a mayor cohesión social, mayor probabilidad de tener características positivas en los estilos de crianza, establecidos en esta investigación por el estilo de crianza autoritativo.

La autoestima y la calidad de vida, como variables indicadoras del ontosistema, también se vieron afectadas por el nivel alto del factor K. Esto puede explicarse debido a que el factor K agrupa comportamientos prosociales, de pensamiento a largo plazo e inversión materna, que elevan la calidad de vida y la autoestima de las personas. Es probable que las personas altas en el factor K se adapten de una manera más flexible a las exigencias establecidas por los riesgos ambientales, al emplear los recursos sociales y materiales de que disponen en sus entornos inmediato; además, los grados de satisfacción personal pueden establecer un clima de seguridad, control y apoyo sobre los efectos adversos de los entornos de riesgo.

A partir de lo discutido anteriormente, es posible concluir que la inseguridad del vecindario en el exosistema, la violencia de pareja del microsistema y la depresión en el ontosistema, establecen riesgos para la crianza que pueden ser amortiguados por las variables protectoras disponibles en las madres con alto nivel del factor K. De esta manera, y de acuerdo con la teoría bioecológica, el factor K se constituye en un factor proximal debido a que posibilita la transformación de los genotipos en fenotipos.

La influencia del factor K en las variables de protección, pone de manifiesto la importancia de incluir el estudio de las variables de índole genética en los procesos de protección de los factores de riesgo, acordes a las últimas tendencias en los estudios del fenómeno de resiliencia (Rutter, 2007). Además, justifica el ampliar la teoría ecológica de Bronfenbrenner

(1979) a la teoría bioecológica (Bronfenbrenner y Ceci, 1994), para el análisis de los procesos del desarrollo humano.

Como se esperaba, los factores protectores tuvieron una relación positiva con los estilos de crianza ( $\lambda = .22$ ), lo que señala que a mayores factores protectores, mejor estilo de crianza, caracterizado en la investigación como estilo autoritativo. De este modo, fomentar las relaciones de apoyo social desde el nivel del vecindario, los familiares y amigos, así como de la pareja en las madres en riesgo, puede entonces, incidir en la utilización de estrategias de crianza autoritativas con los hijos. De este modo, al elaborar acciones para fomentar la calidad de vida y la autoestima de las madres en riesgo, puede afectar positivamente las relaciones entre ellas y sus hijos.

Debido a las características de la población donde fue realizado el estudio, los resultados presentados pueden ser un punto de partida para la investigación y análisis de poblaciones similares a las de la muestra. Los hallazgos también pueden servir de base para tomar en consideración las variables del modelo, tanto en estudios preventivos como de rehabilitación en madres de familia que presenten riesgos similares a los de la muestra. Empleando el modelo ecológico Corcoran y Nichols-Casebolt (2004), proponen elaborar programas que atiendan los factores de riesgo de los diversos sistemas y fortalezcan los factores protectores que rodean a las personas, lo cual puede ser el marco general en el cual pueden desarrollarse estas estrategias.

El modelo presentado explica un 5 por ciento de la crianza, lo cual implica que existen otras variables que explican el fenómeno que es necesario tomar en cuenta en estudios futuros sobre el tema. Se requiere investigar también cómo algunos eventos displacenteros y potencialmente peligrosos pueden fortalecer a los individuos frente a eventos similares en un proceso de inoculación al estrés (Rutter, 1985). Rutter (1990) señala que es importante identi-

ficar los factores de riesgo y protección, en tanto éstos permiten predecir resultados negativos o positivos en el proceso de desarrollo de las personas. Es a partir de la medición de las consecuencias de diversas variables en el desarrollo de las personas en contextos específicos, como se pueden identificar los otros factores protectores no contemplados en el modelo. También será de utilidad de acuerdo con el mismo autor, la identificación de los mecanismos y procesos que llevan a convertir a unos factores en protectores y a otros de riesgo.

Entre las limitaciones del estudio se puede mencionar que es un estudio retrospectivo con probables olvidos de información; también los datos pueden ser afectados por las circunstancias presentes en la vida de las madres encuestadas, o bien por el contexto mismo de la entrevista. Otra de las limitaciones es que la información fue obtenida por medio del reporte verbal de las madres. Por tal motivo, se propone que en los estudios posteriores de los estilos de crianza que sean medidos con registros observacionales de las interacciones madres-hijos, al respecto Bennett, Sullivan y Lewis (2006), reportaron la posibilidad de identificar a las madres que utilizan estrategias de crianza hostiles empleando interacciones de enseñanza de armado de rompecabezas con los hijos. También es necesario incluir en los estudios futuros a los padres de familia.

## Referencias

- Armstrong, M. I., Birnie-Leftcovich & Ungar, M. T. (2005). Pathways between social support, family well being, quality of parenting, and child resilience: what we know. *Journal of Child and Family Studies*, 14, 269-281.
- Ateah, C. A. & Durrant, J. E. (2005). Maternal use of physical punishment in response to child misbehavior: implications for child abuse prevention. *Child Abuse and Neglect*, 29, 169-185.
- Baumrind, D. (1967). Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genetic Psychology Monographs*, 75, 43-88.
- Baumrind, D. (1991). Parenting styles and adolescent development. In J. Brooks-Gunn, R. Lerner & A. C. Petersen (Eds.). *The encyclopedia of adolescence* (pp. 746-758). New York: Garland.
- Baumrind, D. (1983). Rejoinder to Lewis's reinterpretation of parental firm control effects: Are authoritative families really harmonious? *Psychological Bulletin*, 94, 132-142.
- Belsky, J. (1980). Child maltreatment an ecological integration. *American Psychologist*, 35, 320-335.
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child Development*, 55, 83-96.
- Belsky, J. & Vondra, J. (1989). Lessons from child abuse: The determinants of parenting. In D. Cicchetti & V. Carlson (Eds.), *Child maltreatment: Theory and research on consequences of child abuse and neglect* (pp. 153-202). New York: Cambridge University Press.
- Bennett, D. S., Sullivan, M. W. & Lewis, M. (2006). Relations of parental report and observation of parenting to maltreatment history. *Child Maltreatment*, 11, 63-75.
- Bentler, P. M. (2006). *EQS 6 Structural Equations Program Manual*. Encino, CA: Multivariate Software Inc.
- Berger, L. M. (2004). Income, family structure, and child maltreatment risk. *Children and Youth Services Review*, 8, 725-748.
- Bowen, N. K., Bowen, G. L. & Ware, W. B. (2002). Neighborhood social disorganization, families, and the educational behavior of adolescents. *Journal of Adolescent Research*, 17, 468-490.
- Boyce, W. T., Frank, E., Jensen, P. S., Kessler, R. C., Nelson, C. A., Steinberg, L., et al. (1998). Social context in developmental psychopathology: Recommendations for future research from the MacArthur Network on Psychopathology and Development. *Development and Psychopathology*, 10, 143-164.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *La Ecología del Desarrollo Humano*. Madrid: Paidós.
- Bronfenbrenner, U. & Ceci, S. J. (1994). Nature-nuture reconceptualized in developmental perspective: A bioecological model. *Psychological Review*, 101, 568-586.
- Carlson, B. E., McNutt, L. & Choi, D. H. (2003). Childhood and adult abuse among women in primary health care, effects on mental health. *Journal of Interpersonal Violence*, 18, 924-941.
- Carr, A. (2003). Adult measures of quality of life. *Arthritis y Rheumatism*, 49, s113-s133.
- Chemtob, C. M. & Carlson, J. G. (2004). Psychological Effects of Domestic Violence on Children and Their Mothers. *International Journal of Stress Management*, 11, 209-226.
- Cicchetti, D. & Rogosch, F. A. (1997). The role of self-organization in the promotion of resilience in maltreated children. *Development and Psychopathology*, 9, 797-815.
- Cochran, M. & Niego, S. (1995). Parenting and social networks. In M. H. Bornstein (Ed.). *Handbook of parenting: Vol. 3. Status and social conditions of parenting* (pp. 393-418). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Corcoran, J. & Nichols-Casebolt, A. (2004). Risk and resilience ecological framework for assessment and goal formulation. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 3, 211-235.
- Cook, T. D. & Campbell, D. T. (1979). *Quasi-Experimental Design y Analysis Issues for Field Settings*. Houghton Mifflin Company.
- Crouch, J. L. & Behl, L. E. (2001). Relationships among parental beliefs in corporal punishment, reported stress, and physical child abuse potential. *Child Abuse and Neglect*, 3, 413-419.
- Darling, N. & Steinberg, L. (1993). Parenting style as a context: an integrative model. *Psychological Bulletin*, 113, 487-496.
- Dehle, C., Larsen, D. & Landers, J. E. (2001). Social support in marriage. *The American Journal of Family Therapy*, 29, 307-324.
- DeLongis, A., Capreol, M., Holtzman, S., O'Brien, T. & Campbell, J. (2004). Social support and social strain among husbands and wives: a multilevel analysis. *Journal of Family Psychology*, 18, 470-479.
- DuMont, K. A., Widom, C. S. & Czaja, S. J. (2007). Predictors of resilience in abused and neglected children grown-up: The role of individual and neighborhood characteristics. *Child Abuse and Neglect*, 31, pp. 255-274.
- Englund, M. M., Luckner, A. E., Whaley, G. J. & Egeland, B. (2004). Children's Achievement in Early Elementary School: Longitudinal Effects of Parental Involvement, Expectations, and Quality of Assistance. *Journal of Educational Psychology*, 4, 723-730.
- Emery, R. E. & Laumann-Billings, L. (1998). An overview of the nature, causes, and consequences of abusive family relationships. *American Psychologist*, 2, 121-135.
- Ethier, L. S., Couture, G. & Lacharité, C. (2004). Risk factors associated with the chronicity of high potential for child abuse and neglect. *Journal of Family Violence*, 19, 13-24.
- Figueredo, A. J., Corral, V., Frías, M., Bachar, K. J., White, J., McNeill, P. L., et al. (2001). Blood, solidarity, status and honor. The sexual balance of power and spousal abuse in Sonora, Mexico. *Evolution and Human Behavior*, 22, 295-328.
- Figueredo, A. J., Vázquez, G., Brunbach, B. H., Shneider, S., Sefcek, J. A., Tal, I. R., et al. (2005). Consiliencia y la teoría de historia de vida: de los genes al cerebro y a la estrategia reproductiva. In M. Frías y V. Corral (Eds.). *Niñez, Adolescencia y Problemas Sociales* (pp. 29-63), CONACYT y Unison, México.
- Flouri, E. (2005). Women's Psychological Distress in Midadulthood: The Role of Childhood Parenting Experiences. *European Psychologist*, 2, 116-123.
- Frías-Armenta, M., López-Escobar, A. E. y Díaz-Méndez, S. G. (2003). Predictores de la conducta antisocial juvenil: un modelo ecológico. *Estudios de Psicología*, 8, 15-24.
- Frías, M. (2002). Long-term effects of child punishment on Mexican women: a structural model. *Child Abuse and Neglect*, 26, 371-386.
- Frías, M. & McCloskey, L. A. (1998). Determinants of harsh parenting in Mexico. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 129-139.
- Furnham, A. y Cheng, H. (2000). Lay theories of happiness. *Journal of Happiness Studies*, 1, 227-246.
- Garbarino, J. & Kostelny, K. (1995). Parenting and public policy. In M. H. Bornstein (Ed.). *Handbook of parenting: Vol. 3. Status and social conditions of parenting* (pp. 419-436). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Garbarino, J., Kostelny, K. & Barry, F. (2002). Neighborhood-based programs. In Trickett, P. K. & Schellenbach, C. J. (Eds.). *Violence Against Children in the Family and the Community* (pp. 287-314). Washington DC: American Psychological Association.
- Gaxiola, R. J. y Frías, M. (2005). Las consecuencias del maltrato infantil: un estudio con madres mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología*, 22, 363-374.
- Gershoff, E. T. (2002). Corporal punishment by parents and associated child behaviors and experiences: a meta-analytic and theoretical review. *Psychological Bulletin*, 128, 539-579.
- Hammen, C. (2003). Interpersonal stress and depression in women. *Journal of Affective Disorders*, 74, 49-57.
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by ratings. *British Journal of Medical Psychology*, 32, 50-55.
- Hamilton, C. J. & Collins, J. J. (1981). The role of alcohol in wife beating and child abuse: A review of the literature. In J. J. Collins (Ed.). *Drinking and Crime: Perspectives on the Relationships between Alcohol Consumption and Criminal Behavior*, pp. 253-287. New York: Guilford Press.
- Hylland, M. E. (1998). *Defining and measuring quality of life in medicine*. JAMA, 59-65.

- Korbin, J. E. (2003). Neighborhood and community connectedness in child maltreatment research. *Child Abuse and Neglect*, 27, 137-140.
- Langrock, A. M., Compas, B. E., Keller, G., Merchant, M. J. & Copeland, M. E. (2002). Coping with the stress of parental depression: Parent's reports of children's coping, emotional, and behavioral problems. *Journal of Clinical and Child Psychology*, 31, 312-324.
- Louis, V. V. & Zhao, S. (2002). Effects of family structure, family SES, and adulthood experiences on life satisfaction. *Journal of Family Issues*, 23, 986-1005.
- Lovejoy, M. C., Graczyk, P. A., O'Hare, E. & Neuman, G. (2000). Maternal depression and parenting behavior: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 20, 561-592.
- Lowne, E. A. & Vega, W. A. (2001). Intimate partner violence and health: self-assessed health, chronic health, and somatic symptoms among Mexican American Women. *Psychosomatic Medicine*, 63, 3, 352-360.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D. & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71, 543-562.
- Lyons-Ruth, K., Wolfe, R. & Lyubchik, A. (2000). Depression and the parenting of young children: Making the case for early preventive mental health services. *Harvard Review of Psychiatry*, 8, 148-153.
- Maccoby, E. E. & Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: parent-child interaction. In P. H. Mussen (Series Ed.) y E. M. Hetherington (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 4. Socialization, personality, and social development* (4th ed., pp. 1-101) New York: Wiley.
- Mann, M., Hosman, C. M. H., Schaalma, H. P. & De Vries, N. K. (2004). Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Education Research*, 19, 357-372.
- Margolin, G. & Gordis, E. B. (2003). Co-Occurrence between marital aggression and parents' child abuse potential: The impact of cumulative stress. *Violence and Victims*, 3, 243-258.
- Margolin, G., Gordis, E. B., Medina, A. M. & Oliver, P. H. (2003). The co-occurrence of husband-to-wife aggression, family-of-origin aggression, and child abuse potential in a community sample. *Journal of Interpersonal Violence*, 18, 413-440.
- Muller, R. T. & Lemieux, K. E. (2000). Social support, attachment, and psychopathology in high risk formerly maltreated adults. *Child Abuse and Neglect*, 24, 883-900.
- Munist, M., Santos, H., Kotliarenco, M. A., Suárez-Ojeda, E. N., Infante, F. & Grotberg, E. (1998). *Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes*. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C.
- Purdom, C. L., Lucas, J. L. & Miller, K. S. (2006). Couple type, parental status, and the mediating impact of social support. *North American Journal of Psychology*, 8, 1-12.
- Reich, W. (1992). *Diagnostic Interview for Children and Adolescents- Revised* (DICA-R-73). Washington University School of Medicine, Division of Child Psychiatry.
- Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective factors mechanisms. In Rolf, J., Masten, A. S., Cicchetti, D., Nuechterlein, K. H. & Weintraub, S. (Eds.). *Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology* (pp.181-214), Cambridge: Cambridge University.
- Rutter, M. (2007). Resilience, competence, and coping. *Child Abuse y Neglect*, 3, 205-209.
- Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 21, 119-144.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- Sampson, R., Raudenbush, S. & Earls, F. (1997). Neighborhoods and violent crime: A multilevel study of collective efficacy. *Science*, 277, 918-924.
- Serbin, L. A. & Karp, J. (2004). The intergenerational transfer of psychosocial risk: mediators of vulnerability and resilience. *Annual Review of Psychology*, 55, 333-363.
- Silk, J. S., Sessa, F. M., Morris, A. S., Steinberg, L. & Avenevoli, S. (2004). Neighborhood cohesion as a buffer against hostile maternal parenting. *Journal of Family Psychology*, 18, 135-146.
- Simons, R. L., Lorenz, F. O., Wu, Ch. & Conger, R. D. (1993). Social network and marital support as moderators of the impact of stress and depression on parental behavior. *Developmental Psychology*, 29, 368-381.
- Stevens, G. & Hosington, E. (1987). Occupational prestige and the 1980 US labor force. *Social Science Research*, 16, 74-105.
- Straus, M. A. (1990). The Conflict Tactics Scale and its critics: An evaluation and new data on validity and reliability. In M. A. Straus & R. J. Gelles. (Eds.). *Physical Violence in American Families: Risk factors and adaptations to violence in 8,145 families*. New Brunswick, N J: Transactions Publishers.
- Tussaie, K. & Dyer, J. (2004). Resilience: a historical review of the construct. *Holistica Nurse Practice*, 18, 3-10.
- WHOQOL-Bref. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. (1998). *Social Science y Medicina*, 46(12), 1569-1585.
- Youssef, R. M., Attia, M. S. & Kamel, M. I. (1998). Children experiencing violence I: Parental use of corporal punishment. *Child Abuse and Neglect*, Vol. 22, No.10, 959-973.
- Zimmerman, S. L. (2000). Self-esteem, personal control, optimism, extraversion and the subjective well-being of midwestern university faculty. *Dissertation Abstracts International B: Sciences and Engineering*, 60 (7-B), 3608.



# Indicadores de salud mental en mujeres de Zacatecas con pareja migrante<sup>1</sup>

Mental health indicators of Zacatecas migrant partner women

---

Georgina Lozano Razo

María Dolores García Sánchez

Oliva Erendira Luis Delgado

Javier Zavala Rayas

Silvia del Carmen Miramontes Zapata

Juan Martín Sánchez Bautista<sup>2</sup>

## Resumen

El objetivo de la siguiente investigación fue conocer si existen diferencias en los puntajes con respecto a los indicadores de depresión, hostilidad, sensibilidad interpersonal, somatización y ansiedad entre mujeres con pareja migrante que habitan en varias cabeceras municipales del estado de Zacatecas. Para ello se trabajó con una muestra total de 146 mujeres, habitantes de las cabeceras municipales de: Jerez, Francisco R. Murguía, Monte Escobedo, General Pánfilo Natera, Pinos y Villa Hidalgo. Todas ellas con pareja migrante en EE.UU. Se les aplicó la forma abreviada del cuestionario Symptom Assessment-45 Questionnaire (SA-45) (Sandín, Valiente, Chorot, Santed y Lostao, 1997), el cual es un instrumento de autoinforme de síntomas psicopatológicos. En la presente investigación se aplicaron las siguientes subescalas: depresión, hostilidad, sensibilidad interpersonal, somatización y ansiedad. Se aplicó una prueba no paramétrica y se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en la subescala de ansiedad, siendo las mujeres de la cabecera municipal General Pánfilo Natera quienes presentan un rango promedio más alto (84.89) y por lo tanto mayores niveles de ansiedad.

## Abstract

The aim of this research was to determine the differences in the score for mental health indicators of depression, hostility, interpersonal sensitivity, somatization and anxiety among women with a migrant couple residing in various municipalities of the state of Zacatecas. The sample were 146 women, residents of six municipalities of the state of Zacatecas (Jerez, Francisco R. Murguía, Monte Escobedo, General Panfilo Natera, Pinos and Villa Hidalgo). All of their couples migrated to the U.S. They were given the Symptom Assessment-45 Questionnaire (SA-45) (Sandin, Valiente, Chorot, Sante and Lostao, 1997), which is a self-reported psychopathological symptoms instrument. In this study the following subscales were administered: depression, hostility, interpersonal sensitivity, somatization and anxiety. A nonparametric test was conducted from which statistically significant differences were obtained in the anxiety subscale: women from General Pánfilo Natera produced the highest average rank (84.89) and therefore the highest levels of anxiety.

<sup>1</sup> Investigación realizada con apoyo de Fondo Mixto CONACyT-Gobierno del estado de Zacatecas Convocatoria 2009-01, en colaboración con los CA: Migración y Desarrollo y Salud y Sociedad.

<sup>2</sup> Universidad Autónoma de Zacatecas. Ágora José González Echeverría. C.P. 99000. Fresnillo, Zacatecas. Teléfono y fax (493) 933 45 01. Correo electrónico: [glozraz@yahoo.com.mx](mailto:glozraz@yahoo.com.mx)

---

**Palabras clave:** migración, mujeres, indicadores, salud mental, pareja migrante.

**Keywords:** migration, women, indicators, mental health, migrant couples.

## Introducción

El estudio de la migración como fenómeno social, es abordado por disciplinas científicas que pretenden dar respuesta a requerimientos económicos, políticos, jurídicos, demográficos, étnicos y culturales. Por ejemplo, se han realizado estudios sobre la salud mental de los que emigran (Finch, Hummer, Kol y Vega (2001), Grzywacs, Hovey, Seligman, Arcury y Quandt (2006), Goodkind, Gonzáles, Malcoe y Espinosa (2008) y Dunn y O'Brien (2009). Sin embargo, en México es poco común encontrar investigaciones referentes a los que permanecen en el lugar de origen, entre las que destacan están las de Salgado de Snyder (1996), Aguilera-Guzmán, Carreño y Juárez (2004), Polanco y Jiménez (2006), Oliva, León y Rivera (2007), Ramírez (2008).

Meza y Cuéllar (2009) realizaron en el estado de Michoacán entrevistas a profundidad con 55 mujeres, esposas de migrantes, hallando que si bien las mujeres describen a sus esposos como trabajadores, responsables, buena gente, alegres, hombres valientes que sufren y dan su vida por enviarles dinero a sus hijos y a ellas, también expresan emociones negativas de dolor, tristeza, soledad y falta de apoyo cuando los maridos no están en México.

Por su parte, Salgado de Snyder y Díaz (1994) aplicaron una escala a mujeres, que mide sintomatología depresiva, encontrando puntajes altos en dicha escala, por lo que concluye que las mujeres compañeras de migrantes se ven afectadas por la ausencia del cónyuge. Esto en parte puede deberse a que la migración de los hombres, hace que las mujeres asuman roles y actividades que antes estaban destinadas a los varones (Loza, Vizcarra, Lutz y Quintanar, 2007).

De acuerdo con McGuire y Martin (2007) las mujeres que permanecen en su lugar de origen a la espera de sus compañeros migrantes, sufren de tristeza, sobre todo ligada a la incertidumbre de no saber cuándo se podrá dar la reunificación familiar.

Los procesos de migración se han acelerado debido a las condiciones de pobreza, la falta de oportunidades así como la búsqueda de una mejor condición de vida. Para el año 2003, existían 191 millones de personas migrantes en el mundo, de los cuales un 60 por ciento residían en países desarrollados. El 65 por ciento era económicamente activo y un 48 por ciento mujeres. Aproximadamente un 3.5 por ciento de la población mundial vive en un país diferente al lugar donde nació; debido a esto la migración internacional se encuentra en una proporción que tiende a crecer y que comprende un nuevo desafío para las sociedades, los gobiernos y sobre todo para los servicios de salud (Organización Panamericana de la Salud [OPS] y Organización Mundial de la Salud [OMS], 2003).

Se estima que el número total de migrantes internacionales en todo el mundo, en 2010, asciende a 214 millones de personas. Entre 2005 y 2010 esa cifra ha permanecido relativamente estable como porcentaje de la población mundial, registrándose sólo un 0,1% de aumento (Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas [ONU DAES], 2009).

Con relación a la migración México-EE.UU., el Department of Economic and Social Affairs [DAES] (2002), reportó que antes del año 2000, la cantidad de inmigrantes de origen mexicano hacia los EE. UU. se multiplicó unas cien veces: para 1900 se calcula la presencia de 103 mil mexicanos, mientras que, para 2002, se estima en 9.5 millones; no obstante, el 90% de esta escalada ocurrió en las últimas tres décadas. El número de mexicanos radicados en el vecino país equivale a más del 8% de la población total de México y a 3% de la de aquel país.

La migración México-EE.UU. ha tenido un crecimiento exponencial en el curso de las últimas dos décadas, que se acentúa paradójicamente, con la puesta en marcha del TLCAN (Tratado de Libre Comercio América del Norte). Ello ha posicionado a México como el princi-

pal emisor de migrantes al país vecino, que a su vez constituye el principal receptor de inmigrantes del mundo (Consejo Nacional de Población [Conapo], 2004).

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI] (2010), en el año 2000, había 9, 023 756 de personas nacidas en México que estaban residiendo en Estados Unidos, de los cuales 4, 977 486 eran hombres y 4, 046 270 eran mujeres. Para el año 2008, había 11, 657 266 de emigrantes mexicanos en EE.UU., siendo 6, 497 339 hombres y 5, 159 927 mujeres.

Por otra parte, Zacatecas junto con Michoacán, Guanajuato y Jalisco, cuentan con una larga tradición migratoria, con un grado de intensidad muy alto. Respecto a la migración internacional de Zacatecas, el número de migrantes hacia Estados Unidos entre 1995 y 2000 fue de 66, 790, siendo el 76.3% hombres y el 23.7% mujeres, lo que constituye el 4.09% de migrantes respecto al total nacional, y representa un despoblamiento en 42 de sus 58 municipios (Delgado y Rodríguez, 2001). De acuerdo al II Censo de Población y Vivienda, realizado por el INEGI, para el periodo 2000 a 2005, el 0.8% de la población de la entidad zacatecana de 5 años y más, reside en Estados Unidos, el 72.85% de esa población está constituida por hombres y el 27.15% por mujeres.

Según Mines (2000), dos terceras partes de los trabajadores agrícolas mexicanos en los Estados Unidos emigran primero que sus esposas; según datos de la Encuesta del Departamento del Trabajo de los Estados Unidos (citada por el mismo investigador) existe una fuerte tendencia entre los migrantes hacia la reunificación familiar en el vecino país. Al parecer la historia de las migraciones se ha caracterizado por periodos de hombres solos seguidos por periodos de reunificación familiar. Esta situación pone de manifiesto que los hombres emigran antes que sus esposas a los Estados Unidos. En el momento actual, dadas las condiciones políticas y sociales del vecino país, parece ser que

el periodo de reunificación familiar no se dará pronto. Este hecho puede explicar en parte el aumento de los hogares con jefatura femenina en México (INEGI, 2009).

Por otra parte, la pobreza se encuentra ligada al género, de los 1300 millones de pobres absolutos, más del 70 por ciento son mujeres; las mujeres del mundo tienen menos acceso al mercado laboral que los hombres, trabajan más horas, sufren una tasa de desempleo mayor y reciben sueldos inferiores. En los países en desarrollo las mujeres se encargan del 80 por ciento de los cultivos alimentarios, pero no tienen la titularidad de propiedad sobre la tierra (Estébanez, 2002).

Se ha documentado que la motivación primordial de la mayoría de hombres y mujeres migrantes es mejorar sus condiciones de vida y las de su familia por medio de un mayor ingreso económico en dólares. Sin embargo, las mujeres que permanecen a cargo del cuidado de la familia no disminuyen su dependencia económica respecto a su esposo migrante; en este sentido, de acuerdo con la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Familias [ENDIFAM] (Instituto de Investigaciones Sociales, 2005), la mitad de las mujeres con pareja migrante declara tener que consultar a sus maridos para comprar algo para la casa, esto muestra la importancia que tienen las opiniones de los ausentes en la toma de decisiones de sus compañeras.

El fenómeno migratorio ha sido reconocido por sus repercusiones importantes en el funcionamiento psicológico y social de los que en él participan (Salgado de Snyder, 1996). Durante mucho tiempo los estudios llevados a cabo en comunidades rurales expulsoras de migrantes se habían enfocado casi exclusivamente a investigar el impacto de la migración desde una perspectiva histórica, antropológica, demográfica, económica y sociológica (Fonseca y Moreno, 1984). Sin embargo, desde hace varios años los investigadores se han planteado abordar el tema de la salud mental tanto de los migrantes como de sus familias que permane-

cen en su lugar de origen. A nivel familiar, se ha propuesto que la larga ausencia del cónyuge y los cambios que ocurren en el núcleo familiar son fuentes de conflicto, tanto para el migrante como para la familia que permanece en su lugar de origen (Trigueros y Rodríguez, 1988). Debido a que las necesidades de la familia cambian cuando alguno de sus miembros emigra, las tensiones de los núcleos familiares son tan grandes que rompen su equilibrio y surgen así los problemas que afectan su funcionamiento individual, familiar y social, los que, a su vez, repercuten en su salud mental.

En lo que respecta a este último punto, un estudio realizado en nuestro país por Medina-Mora et al. (2003), sobre prevalencia de desórdenes psiquiátricos en México, encontró que entre las edades de 18 a 29 años los trastornos más frecuentes son la fobia específica y la social, los desórdenes bipolares, trastornos de conducta, trastorno oposicionista, trastornos por déficit de atención, abuso y dependencia de sustancias. En las edades de 30 a 44 años se presentan los trastornos de ansiedad generalizada, agorafobia sin pánico y trastorno de ansiedad de separación. De 45 a 54 años los trastornos más comunes fueron los trastornos por estrés post traumático, trastorno de pánico, el abuso y dependencia al alcohol. En los mayores de 55 años la prevalencia más elevada fueron el trastorno depresivo mayor y la distimia.

De acuerdo a los indicadores sociodemográficos identificados en otro estudio, Medina-Mora, Borges, Benjet, Lara y Berglund (2007), encontraron diferencias de género, ya que las mujeres tienen mayor riesgo de presentar trastornos de ansiedad y del estado de ánimo y los hombres tienen mayor riesgo de padecer trastornos por uso de sustancias y control de impulsos. Por su parte, los jóvenes son los que tienen más riesgos de presentar la mayoría de los trastornos y, quienes tienen menos escolaridad tienen mayor riesgo de trastornos por uso de sustancias.

En el área de la psicología se han realizado estudios que indican que la migración es una experiencia traumática que se manifiesta en el momento de la partida-separación del lugar de origen, o en el de llegada al sitio nuevo, desconocido y que incluye una gama de factores que provocan estrés (Grinberg, 1996). De acuerdo con Salgado de Snyder (1996), el otro componente del proceso migratorio son los miembros de la familia inmediata de los migrantes, la esposa y sus hijos. Las mujeres mexicanas que no emigran a Estados Unidos con su pareja, ya sea por obligación o por decisión propia, les corresponde una doble carga: por una parte sus propias responsabilidades, y por la otra, las responsabilidades del esposo que emigra; generalmente dichas responsabilidades se refieren a mantener la estabilidad, la salud, y la unidad de la familia durante la ausencia del cónyuge. Esto implica un desgaste importante que repercute en su funcionamiento psicosocial y su estado general de salud mental.

Para 1996, lo que se sabía del funcionamiento psicosocial de las mujeres que no migran con sus parejas, era limitado, pero suficiente para ofrecer una perspectiva sobre las características de vida durante la ausencia de los esposos. La migración del cónyuge significa, por un lado, un aumento en el número de responsabilidades y preocupación por el bienestar del esposo en un país desconocido, y por otro, también representa la posibilidad de tener una mejor calidad de vida para ellas y sus hijos, por lo que a pesar de resentir la partida del cónyuge, generalmente apoyan su decisión (Salgado de Snyder, 1996).

Algunos estudios han reconocido que el proceso migratorio altera las relaciones con la pareja y que sus efectos pueden ser tanto positivos como negativos. Por un lado, están los que afirman que la migración genera desventajas en las mujeres; por ejemplo, haciéndolas más vulnerables a la explotación económica y sexual. Por el otro, se encuentran los que señalan que la migración representa beneficios para ellas;

por ejemplo, les ayuda a potenciar algunos aspectos de sus vidas tales como el ejercicio de una mayor autonomía o empoderamiento, tanto en las que emigran como en las que permanecen en sus comunidades de origen (Timur, 2000). Para Ariza (2000), la migración no produce cambios de manera automática, repercutiendo en un mejoramiento o decadencia de la vida de las mujeres, sino que depende tanto de contextos específicos, como de la experiencia de cada mujer.

En una investigación publicada recientemente por Castro (2009) se reporta que entrevistó a 15 madres de familia esposas o compañeras de migrantes internacionales, cuyas edades oscilaban entre 21 y 72 años. Todas ellas a cargo del hogar y de los hijos mientras el esposo o compañero es trabajador migrante, documentado o indocumentado en Estados Unidos. En las entrevistas, la autora encontró que aunque hay el convencimiento de que es mejor estar temporalmente separados, la mayoría de las informantes relata eventos de depresión o depresión posparto relacionados estrechamente con la situación migrante: largas ausencias con el consecuente distanciamiento físico, y en muchos casos, con el paso de los años, alejamiento sentimental; partos sin apoyo o presencia del cónyuge o compañero, estrechez económica, entre otros.

Por otra parte, en la investigación realizada en Zacatecas por García y Pérez (2008), en las localidades de Tetillas (Río Grande), La Victoria (Pinos) y Tacoaleche (Guadalupe), encontraron que la ausencia del padre impacta de manera negativa en la familia, pues a decir de las mismas esposas, llegan a sufrir enfermedades nerviosas y depresión crónica, que no siempre quieren o pueden reconocer, en donde el 88.14 por ciento de las mujeres entrevistadas dijeron haber pasado por tristeza o depresión en más de una ocasión en los últimos seis meses, al momento de la entrevista.

En otra investigación realizada en Zacatecas por García, Lozano, Luis, Robledo y Zavala (2009) en los municipios de Juan Aldama, Miguel Auza y Tlaltenango, se entrevistaron a madres de familia con pareja migrante, quienes expresaron preocupación por la integración familiar debido a la ausencia del esposo, por la conducta rebelde de los hijos, en especial de los adolescentes; preocupación por la salud y bienestar físico y psicológico de los hijos, al tiempo que manifiestan la necesidad de contar con servicios especializados de atención a la salud mental en su lugar de residencia.

Es por ello, que en la presente investigación el objetivo es comparar indicadores de salud mental (depresión, hostilidad, sensibilidad interpersonal, somatización y ansiedad) en mujeres con pareja migrante, que habitan las siguientes cabeceras municipales del estado de Zacatecas: Jerez, Francisco R. Murguía, Monte Escobedo, General Pánfilo Natera, Pinos y Villa Hidalgo.

Por lo que las hipótesis a probar son las siguientes:

**Hipótesis Nula:** No existen diferencias estadísticamente significativas respecto a los puntajes correspondientes a los indicadores de depresión, hostilidad, sensibilidad interpersonal, somatización y ansiedad entre mujeres con pareja migrante que habitan en las cabeceras municipales de Jerez, Francisco R. Murguía, Monte Escobedo, General Pánfilo Natera, Pinos y Villa Hidalgo.

**Hipótesis alternativa:** Sí existen diferencias estadísticamente significativas respecto a los puntajes correspondientes a los indicadores de depresión, hostilidad, sensibilidad interpersonal, somatización y ansiedad entre mujeres con pareja migrante que habitan en las cabeceras municipales de Jerez, Francisco R. Murguía, Monte Escobedo, General Pánfilo Natera, Pinos y Villa Hidalgo.

## Método

**Participantes:** Se obtuvo una muestra total de 146 mujeres, habitantes de seis cabeceras municipales del estado de Zacatecas. Para obtener dicha muestra se utilizó un muestreo por conveniencia, ya que se determinó trabajar en dichas cabeceras municipales. Se buscó a mujeres que tuvieran a sus parejas viviendo en Estados Unidos y que accedieran a participar en la investigación. Respecto a las características generales de la muestra, la media más alta de edad la presentan las participantes de la cabecera municipal de Monte Escobedo (43.9 años), mientras que la más baja es para las mujeres de Pinos (35.3 años). En cuanto a la escolaridad, solamente cuatro de las 146 participantes cuentan con una carrera profesional y 13 el bachillerato, lo que indica que en su mayoría estas mujeres apenas han logrado estudiar el nivel básico.

**Población meta:** Habitantes de las cabeceras municipales de Jerez, Francisco R. Murguía, Monte Escobedo, General Pánfilo Natera, Pinos y Villa Hidalgo.

**Unidad de análisis:** Mujeres que tienen a sus parejas en EE.UU.

**Instrumentos:** Se aplicó la versión abreviada del cuestionario Symptom Assessment-45 Questionnaire (SA-45) (Sandín, Valiente, Chorot, Santed y Lostao, 1997), el cual es un autoinforme de síntomas psicopatológicos, que consta de 45 reactivos, divididos en nueve subescalas: Depresión ( $\alpha=.85$ ), hostilidad ( $\alpha=.83$ ), sensibilidad interpersonal ( $\alpha=.84$ ), somatización ( $\alpha=.80$ ), ansiedad ( $\alpha=.84$ ), psicoticismo ( $\alpha=.63$ ), obsesión-compulsión ( $\alpha=.72$ ), ansiedad fóbica ( $\alpha=.71$ ) e ideación paranoide ( $\alpha=.71$ ). El índice de fiabilidad de la escala es  $\alpha=.85$ .

Las opciones de respuesta son cinco: nada, en absoluto, un poco presente, moderadamente, bastante y mucho o extremadamente. En la presente investigación, después de pilotear el instrumento se decidió trabajar únicamente con las siguientes escalas: depresión (sentirse triste), hostilidad (discusiones frecuentes), sen-

sibilidad interpersonal (sentirse inferior), somatización (dolores musculares) y ansiedad (miedo repentino). De igual forma se modificaron las opciones de respuesta, debido a que las participantes mostraron dificultades para comprenderlas, presentándose las siguientes opciones: nada, poco y mucho.

**Procedimiento:** Para poder realizar la aplicación de los instrumentos de recolección de datos, se hicieron visitas a las cabeceras municipales ya mencionadas, se identificaron informantes claves, los cuales referían qué mujeres tenían a su pareja en EE. UU.; una vez localizadas, ellas mismas proporcionaban datos para ubicar a otras mujeres con dichas características.

### Análisis de datos

Los datos del cuestionario se analizaron de manera cuantitativa a través del SPSS versión 16.0 para Mac, aplicando estadística descriptiva para los datos sociodemográficos y la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis para la comparación entre las cabeceras municipales. El análisis de varianza de una clasificación por rangos de Kruskal-Wallis, es una prueba útil para decidir si  $k$  muestras independientes son de poblaciones diferentes. La prueba supone que la variable en estudio tiene como base una distribución continua. Requiere, por lo menos, una medida ordinal de la variable (s) dependiente (s). La prueba de Kruskal-Wallis determina si la desigualdad entre las sumas de rangos es tan grande que probablemente no proceden de muestras tomadas de la misma población. La estadística usada en dicha prueba es  $H$ , la cual está distribuida como  $\chi^2$  cuadrada con  $gI = k - 1$ . Para el caso que nos ocupa, las variables dependientes son los puntajes obtenidos en los indicadores: depresión, hostilidad, sensibilidad interpersonal, somatización y ansiedad. La variable independiente es el municipio de procedencia. La región de rechazo consiste en todos los valores de  $H$  tan grandes que la probabilidad asociada con su ocurrencia conforme a  $H_0$  es igual a o menor que  $p = .05$ .

## Resultados

El motivo de migración por parte de las parejas, en la mayoría de los casos, es por falta de empleo, aunque existen casos que lo hacen como una especie de tradición, “porque así lo hizo su papá, sus hermanos, sus tíos, en fin, la familia.”

Más de la mitad de la muestra cuenta con un trabajo remunerado (52.41%), actividad que

tienen que combinar con el cuidado de los hijos; en algunos casos son ellas las que llegan a enviar dinero a sus parejas, debido a la escasez de trabajo en el país vecino. El 10.34% de la muestra no recibe dinero de sus parejas, mientras que el 24.13% de ellas, sólo a veces les envían (ver Tabla 1).

**Tabla 1**

*Datos sociodemográficos de las mujeres con pareja migrante por cabecera municipal*

Variable	Jerez (n=28)		Fco. R. Murguía (n=28)		Monte Escobedo (n=23)		Pánfilo Natera (n=23)		Pinos (n=24)		Villa Hidalgo (n=20)	
$\bar{X}$ de Edad	36.8		36.4		43.9		37.1		35.3		39.8	
Grupo de edad	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Menos de 20	-	-	-	-	-	-	-	-	1	4.2	1	5.0
20-30 años	9	32.2	8	28.6	6	26.1	3	13.0	8	33.3	2	10.0
31-40 años	8	28.6	12	42.8	5	21.8	12	52.2	10	41.7	7	35.0
41-50 años	10	35.6	6	21.4	3	13.1	7	30.5	3	12.5	8	40.0
51-60 años	1	3.6	2	7.2	5	21.6	1	4.3	2	8.3	1	5.0
61 en adelante	-	-	-	-	4	17.4	-	-	-	-	1	5.0
Escolaridad	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1. N.	-	-	1	3.6	-	-	-	-	1	4.2	-	-
2. P.I.	5	17.9	6	21.4	6	26.1	10	43.5	1	4.2	3	15.0
3. P.C.	13	46.4	8	28.6	7	30.5	4	17.4	5	20.8	8	40.0
4. S.C.	9	32.1	8	28.6	5	21.7	7	30.5	11	45.8	6	30.0
5. P.C.	1	3.6	2	7.1	5	21.7	1	4.3	6	25.0	2	10.0
6. P.P.C.	-	-	3	10.7	-	-	-	-	-	-	1	5.0
Motivo migración	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Falta de empleo	13	46.4	22	78.6	17	73.9	16	69.6	19	79.2	11	55.0
Costumbre	4	14.3	1	3.6	4	17.4	6	26.1	4	16.7	8	40.0
Mejorar ingreso	7	25.0	5	17.9	1	4.3	-	-	-	-	-	-
Ella trabaja	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Sí	14	57.1	11	39.3	14	60.9	11	47.8	6	25.0	12	60.0
No	12	42.9	17	60.7	9	39.1	12	52.2	18	75.0	8	40.0
Pareja envía dinero	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Sí	20	71.4	20	71.4	11	47.8	13	56.5	18	75.0	12	60.0
No	3	10.7	1	3.6	6	26.1	2	8.7	3	12.5	-	-
A veces	5	17.9	7	25.0	5	21.7	8	34.8	3	12.5	7	35.0

Nota. Claves para escolaridad: N. Ninguna. P.I. Primaria incompleta. P.C. Primaria completa. S.C. Secundaria o técnica completa. P.C. Preparatoria completa. P.P.C. Profesional completa y/o posgrado.

## Conclusiones

En lo relativo a las subescalas del instrumento se obtuvieron medidas descriptivas como la media y las desviación estándar en cada uno de los municipios, mismas que se describen en la Tabla 2. Para poder apreciar con más detalle estos datos, se aplicó una prueba no paramétrica de comparación de grupos; en este caso se recurrió a la prueba de Kruskal-Wallis, para comprobar diferencias en las subescalas: Depresión ( $\chi^2 = 6,262$ ,  $gl = 5$ ,  $p = ,282$ ); Hostilidad ( $\chi^2 = 6,24$ ,  $gl = 5$ ,  $p = ,283$ ); Sensibilidad interpersonal ( $\chi^2 = 2,460$ ,  $gl = 5$ ,  $p = ,783$ ); Somatización ( $\chi^2 = 6,587$ ,  $gl = 5$ ,  $p = ,253$ ); Ansiedad ( $\chi^2 = 13,283$ ,  $gl = 5$ ,  $p = ,021$ ). Se observa una diferencia estadísticamente significativa en la subescala de ansiedad, siendo las mujeres de la cabecera municipal de General Pánfilo Natera quienes presentan el rango promedio más alto (84.89), mientras que las mujeres de la cabecera municipal de Francisco R. Murguía presentan el rango promedio más bajo (49.75).

Es importante mencionar que los resultados de este estudio son datos preliminares de una investigación más amplia que está en proceso, por lo que encontramos, existen algunos limitantes respecto al tratamiento de los datos, puesto que se prevé realizar análisis estadísticos más exhaustivos.

En este primer acercamiento se encontraron diferencias significativas en los puntajes al indicador de ansiedad entre mujeres con pareja migrante que habitan en la cabecera municipal de General Pánfilo Natera, respecto a los otros municipios. Estas diferencias pueden deberse a varios factores, uno de ellos está relacionado a que el 52.2 por ciento de las participantes no tienen una actividad remunerada, ya que el 56.6 por ciento de ellas dependen de las remesas enviadas por su pareja y un 43.5 por ciento “no” y “a veces” reciben apoyo financiero, lo que posiblemente puede producir en ellas un aumento de ansiedad.

**Tabla 2**

*Medidas descriptivas para las subescalas del SA-45*

Subescala	Jerez (n=28)	Fco. R. Murguía (n=28)	Monte Escobedo (n=23)	Pánfilo Natera (n=23)	Pinos (n=24)	Villa Hidalgo (n=20)
<i>Depresión</i>	$\bar{X} = 11,18$ D.S = 3.98	$\bar{X} = 10,89$ D.S = 3.46	$\bar{X} = 11,82$ D.S = 3.62	$\bar{X} = 12,26$ D.S = 3.03	$\bar{X} = 11,08$ D.S = 3.06	$\bar{X} = 13,10$ D.S = 3.52
<i>Hostilidad</i>	$\bar{X} = 7,71$ D.S = 2.80	$\bar{X} = 6,85$ D.S = 2.10	$\bar{X} = 7,00$ D.S = 2.35	$\bar{X} = 7,39$ D.S = 2.65	$\bar{X} = 6,20$ D.S = 1.41	$\bar{X} = 7,75$ D.S = 3.90
<i>Sensibilidad Interpersonal</i>	$\bar{X} = 7,22$ D.S = 2.60	$\bar{X} = 6,50$ D.S = 2.20	$\bar{X} = 6,47$ D.S = 2.39	$\bar{X} = 6,56$ D.S = 2.38	$\bar{X} = 6,87$ D.S = 2.07	$\bar{X} = 6,95$ D.S = 1.79
<i>Somatización</i>	$\bar{X} = 11,50$ D.S = 3.59	$\bar{X} = 10,32$ D.S = 3.44	$\bar{X} = 12,17$ D.S = 3.77	$\bar{X} = 11,00$ D.S = 3.43	$\bar{X} = 10,00$ D.S = 3.59	$\bar{X} = 10,45$ D.S = 2.64
<i>Ansiedad</i>	$\bar{X} = 8,84$ D.S = 3.15	$\bar{X} = 7,21$ D.S = 2.88	$\bar{X} = 8,21$ D.S = 2.90	$\bar{X} = 9,30$ D.S = 2.85	$\bar{X} = 8,66$ D.S = 2.18	$\bar{X} = 9,05$ D.S = 2.60



En este sentido los resultados reportados por ENDIFAM (Instituto de Investigaciones Sociales, 2005) señalan que el hecho de recibir apoyo económico del compañero migrante no significa necesariamente recibir apoyo emocional. De acuerdo con Salgado de Snyder (1996), en general, las mujeres casadas con migrantes, presentan sentimientos de desesperanza por las condiciones a las que cotidianamente tienen que enfrentarse, también padecen niveles significativamente más altos de malestar psicológico generalizado, sintomatología depresiva, ansiedad y somatización, que los que presentan las mujeres de las mismas comunidades con características similares, pero cuyos esposos no han emigrado.

En relación a las variables sociodemográficas como la edad (de 31 a 40 años) y la escolaridad (nivel básico), la muestra de estudio presenta las mismas características que lo hallado en otras investigaciones (ENDIFAM, 2005; Leyva y Caballero, 2009). Dichos indicadores muestran que las mujeres compañeras de migrantes están en plenitud reproductiva y económicamente productiva. Sin embargo, se ha demostrado que a mayor edad de esta población, menor es el apoyo emocional recibido por parte de la pareja (ENDIFAM, 2005), lo cual puede repercutir en su bienestar psicológico.

## Referencias

- Aguilera-Gúzman, R., Carreño, M. y Juárez, F. (2004). Características psicométricas de la CES-D en una muestra de adolescentes rurales mexicanos de zonas con alta tradición migratoria. *Salud mental*, 27(6), 57-66.
- Ariza, M. (2000). Género y migración femenina. En D. Barrera y C. Oehmichen (Eds.). *Migración y relaciones de género en México* (pp. 33-62). México: GIMTRAP, UNAM/IIA.
- Castro, S. A. (2009). Migración, cambios y procesos microsociales: La familia en el espacio social transnacional. En M.E. Ramos (coord.). *Migración e identidad: emociones, familia, cultura*. Monterrey, Nuevo León, México: Fondo Editorial de Nuevo León.
- Consejo Nacional de Población. (2004). *Encuesta sobre migración en la frontera norte*. México: Secretaría de Gobernación, Instituto Nacional de Migración, Colegio de la Frontera Norte y Consejo Nacional de Población.
- Delgado, R. y Rodríguez, H. (2001). *Los Dilemas de la Migración y el Desarrollo en Zacatecas: El Caso de la Región de alta migración internacional*. Recuperado el 10 enero de 2010, de <http://www.migracionydesarrollo.org/>
- Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas. (2009). *Trends in International Migrant Stock: The 2008 Revision*. Recuperado el 13 marzo de 2011, de [http://www.un.org/esa/population/migration/UN\\_MigStock\\_2008](http://www.un.org/esa/population/migration/UN_MigStock_2008)
- Department of Economic and Social Affairs. (2002). *International Migration Report 2002*. New York: United Nations.
- Dunn, M. & O'Brien, K. (2009). Psychological Health and Meaning in Life: Stress, Social Support and Religious Coping in Latina/Latino Immigrants. *Hispanic Journal of Behavioral Science*, 31, 204. doi: 10.1177/0739986309334799.
- Estebanéz, P. (2002). *Exclusión social y salud*. Barcelona: Editorial Icaria.
- Finch, B., Hummer, R., Kol, B. & Vega, W. (2001). The Role of Discrimination and Acculturative Stress in the Physical Health of Mexican-Origin Adults. *Hispanic Journal of Behavioral Science*, 23, 399. doi: 10.1177/0739986301234004.
- Fonseca, O. y Moreno, L. (1984). *Jaripo, pueblo de migrantes*. Michoacán, México: Centro de Estudios de la Revolución Mexicana.
- García, R. y Pérez, O. (2008). *Mujeres y niños en comunidades de alta migración internacional en Michoacán, Jalisco y Zacatecas, México*. New York, EE. UU.: United Nations Children's Fund (UNICEF), Policy, Advocacy and Knowledge Management (PAKM), Division of Policy and Practice.
- García, S. M., Lozano, R. G., Luis, D. O., Robledo, M. V. y Zavala, R. J. (2009). *Indicadores y necesidades psicosociales en zonas migrantes (tradicional y emergentes) del estado de Zacatecas*. Informe de Investigación.
- Goodkind, J., Gonzales, M., Malcoe, L. & Espinosa, J. (2008). The Hispanic Women's Social Stressor Scale : Understanding the Multiple Social Stressors of U.S.- and Mexico-born Hispanic Women. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 30, 200. doi: 10.1177/0739986308316178.
- Grinberg, R. (1996). *Migración y exilio, estudio psicoanalítico*. Madrid: Ed. Biblioteca Nueva.
- Grzywacz, J., Hovey, J., Seligman, L., Arcury, T. & Quandt, S. (2006). Evaluating Short-Form Versions of the CES-D for Measuring Depressive Symptoms Among Immigrants From Mexico. *Hispanic Journal of Behavioral Science*, 28, 404. doi: 10.1177/0739986306290645
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática IXXX. (2009). *II Censo de Población y Vivienda*. Recuperado el 8 de agosto de 2009, de <http://www.inegi.org.mx>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática XXX. (2010). *Mujeres y hombres en México 2010*. México: Instituto Nacional de las Mujeres e Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
- Leyva, R. y Caballero, M. (2009). *Las que se quedan: contextos de vulnerabilidad a ITS y VIH/SIDA en mujeres compañeras de migrantes*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Loza, M., Vizcarra, I., Lutz, B. y Quintanar, E. (2007). Jefaturas de hogar. El desafío femenino ante la migración transnacional masculina en el sur del Estado de México. *Migraciones Internacionales*, 19(2). Recuperado el 3 de noviembre de 2010, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-89062007000200002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-89062007000200002&script=sci_arttext)
- McGuire, S. & Martin, K. (2007). Fractured migrant families: Paradoxes of hope and devastation. *Family & Community Health*, 30, 178-188.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, M. C, Benjet, C., Blanco J. J., Flez B. C., Villatoro V. J., Rojas G. E., Zambrano R. J., Casanova, R. L., y Aguilar G. S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1-16.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Benjet C., Lara C. & Berglund, P. (2007). Psychiatric disorders in México: lifetime prevalence in a nationally representative sample. *British Journal of Psychiatry*, 521-528. doi:10.1192/bjp.bp.106.025841.
- Meza, L. y Cuéllar, M. (2009). *La vulnerabilidad de los grupos migrantes en México*. México: Universidad Iberoamericana.
- Mines, R. (2000). Las pautas migratorias mexicanas al agro norteamericano: Separación familiar y desarrollo atorado. En R. García-Zamora y M. Padilla (Eds.). *Los Retos Demográficos de Zacatecas en el Siglo XXI* (pp. 49-56). Zacatecas, México: Secretaría Académica de la Universidad Autónoma de Zacatecas.
- Oliva, L., León, D. y Rivera, E. (2007). La Emigración del adulto como factor de riesgo en la autoestima de los adolescentes. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 12(2), 359-366.
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2003). Nuevas perspectivas para la acción de la OPS/OMS: globalización y salud [132 sesión del comité ejecutivo].
- Polanco, G. y Jiménez, N. (2006). Familias Mexicanas Migrantes: Mujeres que esperan. *Psicología Iberoamericana*, 14(2), 53-56.
- Instituto de Investigaciones Sociales. (2005). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Familias 2005*. Recuperado el 19 de octubre de 2009, de <http://www.bdsocial.org>
- Ramírez, B. A. (2008, octubre 12). Las esposas de migrantes sufren abandono y miseria. *El Siglo de Durango*, p12.
- Salgado de Snyder, V. N. y Díaz, N. (1994). Factores psicosociales y conducta sexual riesgosa para el sida en mujeres rurales involucradas en la migración México-Estados Unidos. *Salud Reproductiva*, 1, 9-12.
- Salgado de Snyder, V. N. (1996). Problemas psicosociales de la migración internacional. *Salud Mental*, 19(1): 53-59.
- Sandín, B., Valiente, R., Chorot, P., Santed, M. y Lostao, L. (2008). SA-45: Forma abreviada del SCL-90. *Picothema*, 20(2), 290-296.
- Timur, S. (2000). Cambios de tendencias y problemas fundamentales de la migración internacional: una perspectiva general de los programas de la UNESCO. *Revista Internacional de Ciencias Sociales*, 65, 25-35.
- Trigueros, P. y Rodríguez, J. (1988). Migración y vida familiar en Michoacán: un estudio de caso. En G. López-Castro (Ed.). *Migración en el occidente de México*. Zamora, Michoacán, México: El Colegio de Michoacán.

# Resiliencia, autoestima y personalidad resistente en niños y adolescentes con antecedente de maltrato

Resiliency, self-esteem and hardiness in children and adolescents with history of abuse

---

Norma Ivonne González-Arratia López Fuentes\*

Marisol Reyes Fonseca

José Luis Valdez Medina

Sergio González Escobar

## Resumen

El objetivo de este estudio es indagar la relación entre las variables resiliencia, autoestima y personalidad resistente en niños con antecedente de maltrato que se encuentran actualmente en una institución del sistema integral de la familia (DIF) de la ciudad de Toluca, Estado de México. La muestra se compone de 75 niños y adolescentes entre 10 y 18 años de edad con antecedente de maltrato físico, abuso sexual, negligencia y combinación de estos tipos de maltrato. Los datos indican que no existe diferencia estadísticamente significativa en las variables respecto al tipo de maltrato, pero sí existe correlación positiva moderada entre las variables (resiliencia y autoestima y personalidad resistente). Se concluye que es necesario profundizar en el estudio de la resiliencia y su asociación con autoestima y personalidad resistente, así como plantear la necesidad de que la institución provea las condiciones necesarias para el desarrollo y fortalecimiento de estas características de personalidad de los niños y adolescentes, a fin de que influya positivamente sobre la capacidad de enfrentarse a situaciones y salir fortalecidos, es decir, ser resilientes.

## Abstract

The aim of this study was to investigate the relationship between resilience, self-esteem and hardiness in children with a history of abuse that are currently in an institution of the Mexico's Integral Family System (DIF) at the city of Toluca. The sample comprised 75 children and adolescents between 10 and 18 years old with a history of physical abuse, sexual abuse, neglect and combinations of these types of abuse. The data indicate no statistically significant differences in the variables by type of abuse; yet, a moderate positive correlation between these variables (resiliency, self-esteem and hardiness) was found. It is concluded that further studies on resilience and its association with self-esteem and hardiness are needed; also that the institution is expected to provide the necessary conditions for the development and strengthening of these personality characteristics of children and adolescents, since they positively influence the ability to cope with situations, and becoming stronger and resilient.

---

\*Dra. En Inv. Psicológica Norma Ivonne González Arratia López Fuentes. Profesor Investigador de tiempo completo Facultad de Ciencias de la Conducta. nigaif@yahoo.com.mx. Proyecto financiado por la Universidad Autónoma del Estado de México. Clave 2501/2007U, 2963/2010.

**Palabras clave:** resiliencia, autoestima, personalidad resistente, maltrato.

**Keywords:** resilience, self-esteem, hardiness, child abuse.

## Introducción

En el mundo actual la resiliencia es más importante que nunca, dado que los individuos que poseen más habilidades para resistir tienen una ventaja significativa frente a quienes se sienten desamparados o quienes reaccionan como víctimas. Y es precisamente la investigación en psicología que ha llevado a identificar y a conocer qué es lo que distingue a las personas que son más resilientes que otras.

En México, para 1999 se reportaron un total de 12,516 niños y 12,433 niñas maltratados. De estas cifras el estado con mayor índice fue Coahuila (4,150), seguido de Nuevo León (3,067) y en tercer lugar el Estado de México (1,885). El tipo de maltrato más frecuente en el Distrito Federal fue el físico con 44%, en Coahuila la omisión de cuidados con 35%, en Sinaloa con un 72% al igual que Nuevo León con un 58%. Sin embargo, estas cifras pueden no ser concluyentes, ya que en muchas ocasiones no es denunciado.

En el caso del Estado de México, lugar donde se hace la investigación, actualmente las políticas asistenciales son operadas por el sistema Integral de la Familia del Estado de México (DIFEM), y están dirigidas a la protección de poblaciones vulnerables, particularmente niños en situación de desamparo, madres, ancianos y discapacitados, a través de apoyo como leche para los niños, despensas, ropa, medicinas, sillas de ruedas, albergues y casa cuna (Guadarrama, 2001). Y las funciones de los servicios asistenciales (Villa Hogar, Villa juvenil, Albergue Temporal Infantil), son el proporcionar casa-habitación, alimento y vestido a cada joven ingresado, proporcionar el ingreso a una institución educativa de acuerdo al nivel y grado académico que le corresponda para continuar su desarrollo, ofrecer diferentes opciones de capacitación técnica como artesanal para un trabajo productivo y brindar atención médica y psicológica.

La investigación en resiliencia se ha enfocado en los niños y adolescentes en situaciones de riesgo asociadas con variables como

la pobreza, marginalidad, maltrato y vínculos familiares. Los resultados a nivel general demuestran que los niños que están en mayor situación de riesgo son aquellos que se ven enfrentados a una acumulación de circunstancias adversas tales como: dificultades económicas, situación de pobreza, enfermedad mental de alguno de los padres, prácticas de crianza inconducentes a su desarrollo o bien abuso y conflictos familiares (Vinaccia, Quiceno y Moreno, 2007).

La experiencia de abuso tiene varias respuestas. Algunos individuos tienen severos trastornos de personalidad, mientras que otros no. Se cree que las diferencias en la respuesta al abuso se deben a la presencia de un factor protector en los niños conceptualizado como resiliencia (Browne y Finkelhor, 1986).

En la investigación tradicional se ha manejado la idea de que un niño maltratado se convertirá con toda probabilidad en un adulto maltratador. Sin embargo, esta afirmación no es así, puesto que se ha observado que no necesariamente un niño herido está condenado a ser un adulto fracasado, como lo refiere Tomkiewiz (2001) ya que estos niños salen adelante en dos de cada tres casos en los que no hay atención especial y mucho más a menudo si se ayuda al niño correctamente (Williams, 2001; Ionescu, 1992, en Manciaux, 2003). Asimismo es muy popular la idea de que también los adultos maltratadores fueron maltratados en su infancia (Aracena, Castillo, Cumsille, Bustos y Román, 2000). Al respecto es poco claro la relación entre la historia de abuso y maltrato actual, además, los estudios se basan en el reporte de observadores que conocen la condición de maltratador o no maltratador de los sujetos estudiados (Kaufman y Zigler en Ammerman y Versen, 1990).

A partir de la aplicación del concepto resiliencia a la fecha no existe una definición universalmente aceptada y casi todas las que figuran en la bibliografía intentan explicarla en términos generales como: proceso, capacidad, crecimiento, enfrentamiento y habilidad. Pero existe

un consenso general, de que la resiliencia es un proceso que refleja una relativa adaptación positiva a pesar de contextos de riesgo, adversidad significativa o trauma y como aquella cualidad de las personas para resistir y rehacerse ante situaciones traumáticas o de pérdida.

Se considera que la resiliencia es la aptitud para soportar las crisis, estrés y adversidades en forma positiva recobrando la fortaleza o resistencia para salir airosos de la situación. Implica el enfrentar los problemas que producen estrés advirtiendo posibilidades de superarlos y sobre todo, de recuperarse y fortalecerse con la experiencia. Desde esta concepción, entonces, los problemas y situaciones constantes de crisis pueden ser enfrentados y superados buscando las particularidades positivas que llevan a mejorar la situación futura. Por tanto, la capacidad de resiliencia consiste en recuperarse de los conflictos no únicamente dejando que sólo desaparezca la crisis, sino, impulsando cambios y fortaleciendo las defensas ante la reaparición de los mismos.

Es así que con esta visión más amplia se está de acuerdo con la definición de Suárez Ojeda (1997), en que la resiliencia significa una combinación de factores que permiten a un niño, a un ser humano, afrontar y superar los problemas y adversidades de la vida, y construir sobre ellos.

Por lo que la resiliencia será entendida en esta investigación como: el resultado de la combinación y/o interacción entre los atributos de individuo (internos) y su ambiente familiar, social y cultural (externos) que lo posibilitan para superar el riesgo y la adversidad de forma constructiva (González Arratia, 2007).

Respecto a los intentos por desentrañar los posibles correlatos del constructo resiliencia con otras variables psicológicas, la autoestima y personalidad resistente resultan relevantes de analizar, con el fin de obtener mayor información en relación a la caracterización de la resiliencia en niños y adolescentes con antecedente de maltrato y que a continuación se revisan.

## **Autoestima**

La autoestima ocupa un lugar importante dado que los resultados de investigación sugieren que éste es un factor predictor de la resiliencia; estos hallazgos son consistentes en considerar que existe estrecha relación entre resiliencia y autoestima (Davey Goettler y Walters, 2003; Dumont y Provost, 1999, González Arratia, 2007).

Coopersmith (1967), definió la autoestima como la evaluación que el individuo hace y mantiene en relación a sí mismo; expresa una actitud de aprobación o de rechazo e indica el grado en el cual el individuo se siente capaz, significativo, exitoso y valioso. Desde la misma perspectiva de las actitudes se encuentra Rosenberg y, que en este estudio se considera que la autoestima es una actitud positiva o negativa, de aprobación o desaprobación respecto de sí mismo (Rosenberg, 1965).

El estudio de la autoestima y resiliencia se hace importante, ya que como lo explica Löesl (1989), entre los recursos más importantes con los que cuentan los niños resilientes, se encuentra el haber vivido experiencias de autoeficacia, autoconfianza y contar con una autoimagen positiva, es decir con una autoestima positiva.

La autoestima determina el grado en que es capaz y valioso; entre mejor actitud tenga una persona hacia sí mismo, se podrá enfrentar mejor al mundo, aprovechando más y en todo su potencial las habilidades con las que cuente. En el caso de los niños, una mejor disposición hacia sí mismos, mejorará su adaptación al medio ambiente y también su capacidad para resistir presiones y enfrentar las situaciones que se le presenten. Así mismo, se ha observado que una persona que se siente querida, valiosa, capaz, se acepta a sí misma; es confiado, gusta de la proximidad afectiva, entre otras cosas. Puede adquirir e ir utilizando habilidades y estrategias para enfrentar situaciones difíciles. Además, la autoestima determina la forma cómo el niño (a) se va sobreponiendo y probando en el momen-

to de enfrentar las dificultades y las crisis (Lara, Martínez y Pandolfi, 2000).

Además Rutter, (1985, en Walsh, 2004) apuntó que una alta autoestima y una buena dosis de eficacia personal, tornaban más probable el éxito en la superación de las dificultades; en tanto que la baja autoestima aumenta la posibilidad de que cada acontecimiento adverso origine otro.

Entre los estudios sobre resiliencia y autoestima es interesante destacar el trabajo clásico de Werner, (1989), ya que, concluye que estos niños fueron creciendo con un alto nivel de autoestima al poder contar con alguien incondicional y al mismo tiempo sabiendo que sus esfuerzos eran reconocidos y fomentados. De esta forma, sostiene que todos los niños que han padecido algún sufrimiento, pero poseen autoestima alta, tuvieron la influencia de por lo menos una relación cariñosa y estrecha con un adulto significativo (Miguens, 2004).

La autoestima está relacionada con altos niveles de bienestar a pesar de los eventos adversos. Es un recurso (variable moderadora) para el afrontamiento a las amenazas y al estrés. Además, poseer una adecuada autoestima es una precondition positiva para movilizar o simplemente aceptar el apoyo social, y así ser una variable mediadora para el manejo de problemas (Moreno, Alonso y Álvarez, 1997; Jiménez, 2008).

Una de las consecuencias de tipo emocional ante la vivencia del maltrato según Loredó (1994), es precisamente la autoestima, ya que los niños que han sido víctimas de maltrato consideran que sus sentimientos y deseos internos no tienen importancia; e incluso consideran que no eran importantes para sus padres. Se perciben inadecuados en su cuerpo y en su inteligencia, se aprecian torpes e inseguros de quién y qué clase de persona son y con esto se muestra cierta incapacidad para enfrentarse y dominar las situaciones críticas que se le presentan en su vida cotidiana.

Este mismo autor, refiere que además los niños maltratados crecen con esa constante necesidad de ser queridos, de sentirse parte de un ambiente, de ser aceptados por un grupo y de poder expresar sus sentimientos de enojo y agresión y no encuentran la manera de hacerlo, terminando en el refugio de la soledad. Desde pequeños viven con el agobio de sentirse desaprobados, buscando cualquier aprobación de las personas que lo rodean. En la etapa escolar se hallan temerosos y en alerta para encontrar la aceptación de los maestros y demás compañeros, pero también para detectar cualquier signo de desaprobación y de crítica (Loredó, 1994).

### **Personalidad Resistente**

Una variable más incluida en este estudio, es la personalidad resistente y es la castellanización del concepto proveniente de la lengua inglesa *hardiness* cuya traducción significa dureza, solidez, severidad y su propio significado al referirse a una persona dura y fuerte. Según sus principales autores (Kobasa, Maddi y Kahn, 1993), el concepto de personalidad resistente se desarrolla a través del estudio de aquellas personas que ante los hechos vitales negativos parecen tener características de personalidad que les protegen. Además, se asocia con una tendencia a percibir los potenciales eventos traumáticos en términos menos amenazadores y sus efectos están mediados por mecanismos de evaluación del ambiente y de afrontamiento (Kobasa, 1979).

La personalidad resistente comparte con la resiliencia el atributo que presupone un riesgo pero con un grupo específico de rasgos de los individuos, más que a la combinación de riesgos, competencias y factores o recursos de protección, como ocurre en la resiliencia (Jiménez, 2008).

Desde esta perspectiva, Kobasa (1979) desarrolló el concepto de personalidad resistente, la cual se caracteriza por un fuerte sentimiento

de control sobre la vida y de compromiso con ciertas metas y objetivos, que fungen como cualidades que interactúan constantemente e inciden en la actitud, estado de ánimo, comportamiento y toma de decisiones relacionadas con algunas estrategias de afrontamiento.

La personalidad resistente se asocia con la resiliencia, la buena salud y el buen funcionamiento en condiciones de estrés (Bartone, 1999, Kobasa, 1979, Maddi y Kobasa, 1984).

Una investigación como la de Feinaver, Hiltol y Callahan (2003), explora los efectos negativos del abuso sexual en una muestra de adultos sobrevivientes al mismo y refieren que la personalidad resistente puede ser un factor importante para ayudarlos.

Kobasa propone en su modelo la importancia que tiene una concepción propositiva en el estudio de la personalidad. Esta perspectiva permite considerarla básicamente como una realidad dinámica que establece una relación con la situación específica de cada momento a partir del cambio y la interacción y no solamente la reacción pasiva a los estresores (Moreno, Alonso y Álvarez, 1997).

Por ello, propone un conjunto de variables que capacitan al sujeto para enfrentar activamente al estrés y en el que están implicados tres componentes, los cuales se consideran claves en el estudio de la personalidad resistente.

**1. Compromiso.** Las personas con compromiso poseen tanto las habilidades como el deseo de enfrentarse exitosamente a situaciones de ansiedad, la cual ayuda a mitigar la amenaza percibida de cualquier estímulo estresante en un área específica de la vida. Presupone la autenticidad, el reconocerse a sí mismo como persona valiosa y capaz de lograr determinadas metas y propósitos existenciales que se proponga, el ser capaz de tomar responsablemente decisiones congruentes con los principios y valores y, como consecuencia, comprometerse con las consecuencias de las mismas.

**2. Control.** Las personas con control buscan explicaciones sobre el por qué de los acontecimientos tanto en las acciones de los demás como en su propia responsabilidad. Permite al individuo percibir muchas de las situaciones estresantes, las consecuencias predecibles debidas a su propia actividad, manejar los estímulos en su propio beneficio siendo capaces de interpretar los sucesos estresantes e incorporarlos dentro de un plan de metas transformándolo en algo consistente con el sistema de valores del organismo. Es decir, el sujeto está convencido de poder intervenir en el curso de las situaciones.

**3. Reto-desafío.** Es la medida en que el sujeto percibe que las situaciones complicadas son una oportunidad de crecer y considera los cambios como favorables en lugar de percibirlos como algo perjudicial para el individuo (Kobasa, 1982).

Diferentes estudios muestran que la personalidad resistente está relacionada con la salud; asimismo, se ha encontrado que las personas con altas puntuaciones en personalidad resistente afrontan de modo adecuado el estrés, la enfermedad y las condiciones adversas de la vida, además suelen promover estilos de vida saludables (Kobasa, Maddi y Kahn, 1993).

Existe evidencia de que la personalidad resistente, se relaciona positivamente con la autoestima, asertividad y extraversión y, negativamente con depresión y ansiedad, además de que predice la satisfacción con el trabajo (Ghorbani, 2005).

### **Maltrato infantil**

El síndrome del niño maltratado es según la Organización Mundial de la Salud, toda forma de abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación incluido el abuso sexual a niños por parte de los padres, representantes legales o cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.

También se le considera como cualquier acción u omisión realizada por individuos, instituciones o por la sociedad en su conjunto y todos los estados derivados de estos actos o de su ausencia que priven a los niños de su libertad o de sus derechos correspondientes y/o que dificulten su óptimo desarrollo (Frías, Castell e Ibarra, 2000). La definición de maltrato encierra dos tipos de actos: hacer o dejar de hacer cosas. Por otro lado, el ejercicio de la violencia identificada como maltrato tiene lugar, sobre todo, en el seno de la familia (Reppucci, Britner y Woolard, 1997).

La prevención del maltrato infantil es un tema que preocupa a las instituciones de gobierno porque los menores que son expuestos a la violencia están en grave riesgo de desarrollar desórdenes psicológicos y problemas sociales como la delincuencia (Widom, 1989). Además, particularmente el abuso sexual infantil incrementa en las víctimas la depresión, ansiedad e incluso en algunos individuos pueden presentarse severos disturbios de personalidad, mientras que en otros no. Investigaciones clínicas revelan que estas diferencias se deben a un factor protector denominado resiliencia (Browne y Finkelher, 1986).

Por otro lado, si bien muchos estudios han encontrado relaciones positivas entre resiliencia, personalidad resistente y autoestima aún queda mucho por conocer respecto a su relación entre estas variables. De tal forma que la información concerniente a la naturaleza de la relación entre estas variables se hace necesaria especialmente en nuestro contexto socio-cultural.

Por lo tanto, en esta investigación se tienen dos objetivos. En primer lugar, examinar la relación entre las variables resiliencia, autoestima y personalidad resistente en niños y adolescentes que tienen antecedentes de maltrato y que actualmente se encuentran en una institución a fin de constatar si estas variables están asociadas entre sí y de qué manera y, como un segundo objetivo es observar si se presentan valores di-

ferenciados en función del antecedente de maltrato.

## Método

### Participantes

La muestra es no probabilística de tipo intencional, conformada por un total de 75 niños y adolescentes de ambos sexos (24 mujeres, 51 hombres) entre 10 y 18 años de edad, que se encuentran actualmente en una institución perteneciente al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), cuya finalidad es la atención a los menores en situación extraordinaria y cuentan con diferentes albergues: el temporal infantil, villa hogar y villa juvenil. El motivo de ingreso de los menores fue por el hecho de que fueron víctimas de maltrato y constatado por la institución (médico y judicial) y por la historia clínica según lo reportado por el Departamento de Psicología de la misma institución como: maltrato físico (12), abandono o negligencia (17), abuso sexual (3), combinación de maltrato (43). El escenario del maltrato y abuso había sido en sus hogares ocasionado por mujeres maltratadoras de sus hijos.

### Instrumentos

1. La resiliencia fue medida con el Cuestionario de Resiliencia (González Arratia, 2011). Es un instrumento de autoinforme desarrollado en México, para niños y adolescentes que mide factores específicos de la resiliencia, consta de 32 reactivos con un formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos (el valor 1 indica nunca y el 5 siempre). Del análisis factorial exploratorio ortogonal (varimax) y con base al punto de inflexión del gráfico de sedimentación, expectativas teóricas e interpretabilidad, se optó por la solución de tres factores que explican una varianza acumulada de 37.82% y un coeficiente de confiabilidad Alpha de Cronbach con los 32 reactivos de 0.91, dividida en tres dimensiones que son:



- a. Factores protectores internos: se refiere a funciones que se relacionan con habilidades para la solución de problemas ( $\alpha=.80$ , con 14 reactivos).
- b. Factores protectores externos. Se refiere a la posibilidad que considera el individuo que tiene de contar con apoyo de la familia y/o personas significativas para el individuo ( $\text{Alpha}= 0.73$ , con 11 reactivos).
- c. Empatía. Denota comportamiento altruista y prosocial ( $\text{Alpha}= 0.78$  con 7 reactivos).

2. Cuestionario de Autoestima de Verduzco (2004) que consta de 32 reactivos con dos opciones de respuesta Si o No. La autora reporta el 52.3% de varianza y un Alpha de Cronbach total de .83. Se dividen en seis factores que son:

- a. Devaluación a nivel social ( $\alpha=0.75$ , con 9 reactivos).
- b. Cumplir con expectativas sociales ( $\alpha=0.71$ , con 3 reactivos).
- c. Inseguridad ( $\alpha=0.62$ , con 6 reactivos).
- d. Familia ( $\alpha=0.52$ , con 5 reactivos).
- e Aspectos negativos de la autoestima ( $\alpha=.52$ , con 6 reactivos).
- f. Escuela ( $\alpha=.59$ , con 3 reactivos).

Con el fin de facilitar la calificación en esta investigación se obtuvieron puntajes para cada una de las dimensiones y posteriormente se clasificaron en 4 niveles: autoestima alta, tendencia a alta autoestima, tendencia a baja autoestima y baja autoestima para la interpretación del mismo. Para esta investigación se obtuvo un coeficiente de confiabilidad Alpha de Cronbach satisfactorio (.84).

3. Cuestionario de personalidad resistente se utilizó el Inventario de puntos de vista personales de Moreno, Alonso y Álvarez (1997). Consta de 21 reactivos y 4 opciones de respuesta que va de 1 (totalmente en desacuerdo), 2 (en desacuerdo), 3 (de acuerdo) al 4 (totalmente de acuerdo). En esta investigación se obtuvo una varianza de 32.87% y un Alpha de Cronbach total de .89. Sus dimensiones son:

- a. Compromiso ( $\alpha=0.59$ )
- b. Control ( $\alpha=0.62$ )
- c. Reto / desafío ( $\alpha=0.62$ )

### **Procedimiento**

Las aplicaciones se llevaron a cabo en el interior de cada albergue de la institución, formando pequeños grupos de menores de 4 a 5; los instrumentos se aplicaron en una sola sesión en un tiempo aproximado de 45 minutos, explicando dudas que surgieron al respecto, el motivo de la investigación y todos accedieron a participar de manera voluntaria. Los datos de tipo de maltrato fueron proporcionados por el departamento de Psicología de la misma institución, considerando aspecto éticos del trabajo con personas.

### **Análisis de Datos**

Se obtuvieron las medias y desviación estándar para cada una de las dimensiones de resiliencia, autoestima y personalidad resistente y un análisis de varianza para observar diferencias según el antecedente de maltrato. También se llevó a cabo un análisis de correlación de Pearson, para estimar el grado de relación entre las variables considerando una  $p \leq .05$ .

## Resultados

Primero, se obtuvieron datos descriptivos como la media y desviación estándar de las dimensiones de cada uno de los instrumentos. En el caso de resiliencia, en la dimensión de factores internos, se obtuvo una media superior a la teórica y una menor en el caso de los factores protectores externos y empatía. En autoestima, las medias obtenidas indican una tendencia a baja autoestima y para personalidad resistente, los valores indican que la vulnerabilidad de la persona es alta (véase Tabla 1).

Al hacer un análisis de varianza de acuerdo a la variable antecedente del tipo de maltrato, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las dimensiones de resiliencia, autoestima y personalidad resistente. Por lo que a continuación se muestran los datos obtenidos de manera descriptiva por dimensión de cada uno de los constructos, específicamente media y desviación estándar, las cuales indican que en el caso de la resiliencia los niños y adolescentes, mostró una media más alta en las dimensiones de factores pro-

tectores internos y externos a favor de los niños y adolescentes con antecedente de abuso sexual, mientras que existe la tendencia a mayor empatía en los que han tenido antecedente de maltrato físico.

En el caso de la autoestima, se encontró mayor devaluación, inseguridad, aspectos negativos y aspectos positivos de la familia en el caso de los niños con antecedente de abuso sexual; mientras que los niños y adolescentes con historia de negligencia indicaron mayor necesidad de cumplir con expectativas sociales, y para los que han sufrido una combinación de tipo de maltrato refieren más aspectos positivos en la escuela.

Para personalidad resistente, las medias obtenidas indican que los niños y adolescentes con antecedente de abuso sexual se encuentran con mayor compromiso y control, mientras que los que tienen antecedente de negligencia hay en mayor medida la dimensión de reto (véase tabla 2).

**TABLA 1**

*Media y desviación estándar Resiliencia, Autoestima y Personalidad resistente.*

		Media N=75	D.E.	mínimo	máximo
1	Factores protectores internos	3.50	.66	2.43	5.0
	Factores protectores externos	2.55	.81	1.0	3.91
	Empatía	2.52	.84	1.0	3.86
2	Devaluación	1.85	.98	1.0	4.0
	Cumplir con expectativas sociales	1.82	1.14	1.0	4.0
	Inseguridad	2.16	.93	1.0	4.0
	Familia	2.84	.54	2.0	4.0
	Aspectos negativos de la autoestima	2.20	.86	1.0	4.0
	Escuela	1.97	.80	1.0	4.0
	Control	3.00	.60	1.40	4.0
3	Compromiso	2.96	.63	1.0	4.0
	Control	3.00	.60	1.40	4.0
	Reto	3.01	.58	1.25	4.0

1. Resiliencia, 2. Autoestima, 3. Personalidad resistente

**Tabla 2**

*Media y desviación estándar Resiliencia, Autoestima y Personalidad resistente según el antecedente de maltrato*

<i>Resiliencia</i>	Maltrato físico		Negligencia		Abuso sexual		Combinación de maltrato	
	Media	Ds	Media	Ds	Media	Ds	Media	Ds
1. Factores protectores internos	3.86	.69	3.76	.68	4.19	.90	3.68	.63
2. Factores protectores externos	2.19	.66	2.68	.85	3.24	1.07	2.55	.79
3. Empatía	2.76	.82	2.63	.89	2.14	1.22	2.43	.81
<i>Autoestima</i>								
4. Devaluación	1.50	.52	1.76	.97	2.33	1.15	1.95	1.06
5. Cumplir con expectativas sociales	1.75	1.13	2.17	1.28	1.66	1.15	1.72	1.09
6. Inseguridad	1.83	.83	2.17	1.07	2.66	1.52	2.20	.86
7. Familia	2.91	.51	2.88	.60	3.00	.000	2.77	.55
8. Aspectos Negativos de autoestima	2.16	.83	2.17	.95	2.33	.57	2.30	.88
9. Escuela	1.94	.79	1.89	.52	1.66	.57	2.06	.91
<i>Personalidad Resistente</i>								
10. Compromiso	2.75	.74	2.82	.67	3.13	.90	3.06	.55
11. Control	2.80	.67	3.04	.65	3.18	.75	3.18	.55
12. Reto	2.95	.62	3.08	.64	2.50	.43	3.02	.54

Como se puede ver en la Tabla 3, se indican los coeficientes de correlación de Pearson hallados entre las dimensiones de las escalas, en donde se encontraron correlaciones positivas moderadas y estadísticamente significativas que indican que a mayores factores protectores

internos, mayor compromiso, a mayores factores protectores externos, mayores aspectos familiares (autoestima) y reto-desafío, y a mayor empatía, mayores necesidades de cumplir con expectativas sociales y familia (autoestima) (véase Tabla 3).

**Tabla 3***Correlación entre Resiliencia, Autoestima y Personalidad resistente*

	Autoestima					Personalidad resistente			
Resiliencia	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Factores protectores internos							r=.356**		
Factores protectores externos					r=.368**			r=.247*	
Empatía				r=.253*	r=.446**				

1.Autoestima: devaluación, 2. Inseguridad, 3. Cumplir con Expectativas Sociales, 4. Familia, 5. Aspectos Negativos de la autoestima, 6. Escuela, 7. Personalidad resistente: compromiso, 8.Control, 9. Reto. \*p=.05, \*\*p=.001.

### Discusión

Los resultados de este estudio indican que no se encontraron diferencias significativas en la variable antecedente respecto al tipo de maltrato. No obstante, los resultados muestran que las medias obtenidas sólo en la dimensión de factores protectores internos de la escala de resiliencia es superior a la media teórica; mientras que, en el caso de las dimensiones del cuestionario de autoestima como de personalidad resistente, éstas se encuentran por debajo de ésta. Lo cual indica una tendencia a presentar baja resiliencia, baja autoestima y una alta vulnerabilidad. Por lo que la hipótesis acerca de las diferencias de acuerdo al antecedente de maltrato no ha sido confirmada, lo cual requiere de mayor análisis.

En cuanto a la resiliencia, estos datos difieren a lo referido por Aracena, Castillo Cumsille, Bustos y Román (2000) en el sentido de que los participantes de este estudio no muestran características resilientes excepto en la dimensión de factores protectores internos. Asimismo, se ha podido observar que es constante en la investigación sobre maltrato físico encontrar una baja autoestima (Malinosky-Rummel y Hansen, 1993; Trianes y Gallardo, 1997), en los niños con estos antecedentes.

Esto tiene implicaciones importantes dado que hacen suponer que esta muestra de niños y adolescentes con antecedente de maltrato

tiene un impacto importante en su personalidad. Por lo que parece relevante insistir en que es necesario proveer a estos niños y adolescentes de recursos psicológicos que les permitan salir adelante, así como en el cuidado, protección y educación que necesitan para llegar a la adolescencia e integrarse a la vida adulta de manera sana.

Así, ante la prevención de los malos tratos infantiles es necesario anclarse en la promoción de la salud. Y uno de los elementos está en la presencia de adultos significativos que pueden ejercer un impacto positivo para su desarrollo. Esto se debe a que en especial los niños por su condición dependen de los adultos, integrantes de sus familias; no obstante muchas veces son precisamente estos adultos los que alteran las condiciones de estabilidad cotidiana. Es entonces que ante la aparición de problemas y situaciones conflictivas, que afectan la permanencia del niño en su medio o bien cuando el medio natural no satisface los más elementales derechos y provoca reacciones adversas que pueden manifestarse en conductas conflictivas, es cuando se requiere de la intervención de una institución. Éstas son algunas razones, por las que los niños se encuentran en organizaciones, albergues, casa de asistencia y adopción (Loredo, 1994, Martínez, 2006).

Las funciones primordiales de estos centros de ayuda a niños abandonados son básicamente, las de cultivar la personalidad del menor y suplir en lo posible la carencia de hogar. La

protección al niño huérfano o niño abandonado ha sido una de las formas clásicas de beneficencia en todo tiempo; en la actualidad admite el régimen de internado como lo es el caso de los participantes de este estudio. Por lo que es necesario considerar que la institución en la que ahora se encuentran, puede actuar como un factor protector para estos pequeños y analizar aquellos elementos favorables para el desarrollo sano de los niños y adolescentes atendidos. De tal manera que el trabajo en estas áreas se hace prioritario.

Por otro lado, la asociación establecida indica que sí existe relación entre resiliencia, autoestima y personalidad resistente, por lo que puede señalarse que los tres constructos se encuentran asociados entre sí. Estos resultados son consistentes con Wallace y Bisconti (2001), dado que la investigación en el área examina la personalidad resistente como un moderador de la resiliencia. Sin embargo, ésta es una asociación moderada por lo que se hace necesario seguir indagando acerca del sentido y la importancia de cada variable sobre la resiliencia en niños y adolescentes, así como la manera en

que otras variables psicológicas mediadoras puedan estar involucradas y verificar su impacto en la resiliencia.

Considerando lo anterior, la comprensión de la relación entre estas variables: resiliencia, autoestima y personalidad resistente, es claramente compleja y más aún cuando se trata del estudio del maltrato infantil, desde su conceptualización hasta su medición y esto mismo abre la posibilidad de realizar mayor investigación al respecto.

Investigaciones futuras, deben de considerar estudios longitudinales para determinar más claramente la interacción de estas variables y proveer mayor información acerca de la personalidad de los individuos sobrevivientes al maltrato y abuso infantil.

Finalmente, se hace necesaria la promoción de la resiliencia en estos niños y adolescentes a fin de propiciar un desarrollo sano a través de intervenciones que los fortalezcan, puesto que se tiene la convicción de que es posible favorecer su resiliencia.

## Referencias

- Affleck, G. & Tennen, H. (1996). Construing benefits from adversity: Adaptational significance and dispositional underpinning. *Journal of Personality*, 64, 899-922.
- Aracena, M., Castillo, R., Haz, A.M., Cumsille, F., Muñoz, S., Bustos, L. y Román, F. (2000). Resiliencia al maltrato físico infantil: variables que diferencian a los sujetos que maltratan y no maltratan físicamente a sus hijos en el presente y que tienen historia de maltrato físico en la infancia. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 9, 11-28.
- Ammerman, R. T. & Hersen, M. (1990). Research in child abuse and current status and an agenda for the future. En R.T. Ammerman y M. Hersen. (Eds.). *Children at risk. An evaluation of factors contributing to child abuse and neglect* (pp. 3-10). New York: Plenum Press.
- Calhoun, L. G. & Tedeschi, R. G. (1999). *Facilitating Posttraumatic Growth: A Clinician's Guide*. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Calhoun, L. G. & Tedeschi, R.G. (2001) Posttraumatic growth: The positive lesson of loss. En Neimeyer, R.A. (Ed.). *Meaning construction and the experience of loss*. 157-172, Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: Freeman.
- Davey, M., Goetter, D. & Walters, H. L. (2003). Resilience processes in adolescents: personality profiles, self-worth and coping. *Journal of Adolescent Research*, 18(4), 347-362.
- Dumont, M. & Provost, M. A. (1999). Resilience in Adolescents: protective role of social support, coping strategies, self-esteem, and Social activities on experience on stress and depression. *Journal of Youth and Adolescence*, 28(3), 343-363.
- Feinavver, L., Hiltl, G.H. & Callahan, E. H. (2003). Hardiness as a moderator of shame associated with childhood sexual abuse. *The American Journal of family therapy*, 31, 65-78.
- Frías, M., Castell, R. I. e Ibarra, S. P. (2000). Evaluación de un programa de atención a niños maltratados. *Psicología y Salud*, 10(1), 55-77.
- González Arratia, L. F. N. I. (En prensa). *Resiliencia y personalidad en niños y adolescentes. Cómo desarrollarse en tiempos de crisis*. Universidad Autónoma del Estado de México.
- González Arratia, L. F. N. I. (2007). *Factores determinantes de la resiliencia en niños de la ciudad de Toluca*. Tesis no publicada de Doctorado en Investigación Psicológica. Universidad Iberoamericana. Departamento de Psicología, Posgrado.
- Ghorbani, N.W. (2005). Hardiness scales in Iranian managers: evidence of incremental validity in relationships with the five factor model and with organizational and psychological adjustment. *Psychological Reports*, Part 1, 96(3), 775-781.
- Jiménez, A. G. (2008). Resiliencia y vejez. Madrid. Portal Mayores. Lecciones de Gerontología, XV. Recuperado el 5 de abril de 2011 de <http://www.imsersomayores.csic.es>
- Kobasa, S. C. (1982). Commitment and coping in stress resistance among lawyers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 707-717.
- Kobasa, S. C., Maddi, S. & Kahn, S. (1993). Hardiness and health. A prospective study: clarification. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42(1), 168-177.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(1), 1-11.
- Lara, M. E., Martínez, C. y Pandolfi, M., Penroz, K. y Díaz, F. (2000). *Resiliencia la esencia humana de la transformación frente a la adversidad*. CAD. "La esmeralda." Recuperado el 10 de diciembre de 2010 de <http://www.udec.cl?clbustos/apsique/deli/-3k->.
- Löesel, F., Bliesener, T. & Kferl, P. (1989). On the Concept of Invulnerability: Evaluation and First Results of the Bielefeld Project. En M. Brambring, F. Löesel & H. Skowronek (Eds.). *Children at Risk: Assessment, Longitudinal Research and Intervention* 186-219. (1989) New York: Walter de Gruyter.
- Loredo, A. A. (1994). *Maltrato al menor*. México: Mc Graw Hill Interamericana.
- Malinosky-Rummel, R. & Hanse, D. (1993). Long-term consequences of childhood abuse. *Psychological Bulletin*, 114(1), 68-79.
- Manciaux, M. (2003). *La Resiliencia: resistir y rehacerse*. Madrid: Gedisa.
- Martínez, V. P. (2006). *Significado psicológico de padre y madre en sujetos albergados en una casa hogar de la ciudad de Toluca*. Tesis no publicada de licenciatura. Facultad de Ciencias de la Conducta. U.A.E.M.
- Miguens, M. (2004). *Gestalt y Resiliencia en la adversidad*. Recuperado el 22 de mayo de 2011 de <http://www.transpersonalpsycho.com.ar/biblioteca/Resiliencia.htm>
- Moreno, B., Alonso, M. y Alvarez, E. (1997). Sentido de coherencia, personalidad resistente, autoestima y salud. *Revista de Psicología de la Salud*, 9(2), 115-137.
- Reppucci, N. C., Britner, P. A. & Woolard, J. L. (1997). *Preventing child abuse and neglect through parent education*. Baltimore, MD.: Paul H. Brookes Publishing.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton. Princeton University Press. Traducido al castellano (1973). La imagen del adolescente y la sociedad. Buenos Aires: Paidós.
- Trianes, T. V. y Gallardo, C. J. A. (1997). Influencia del sexo y la edad en las repercusiones psicológicas de los niños maltratados, físicamente. *Psicothema*. 9(3), 473-485.
- Vera, B., Carbelo, B. y Vecina, M. (2006) La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 40-49.
- Verduzco, A. I. M. A. (2004). *Autoestima, Estrés y Afrontamiento desde el punto de vista del desarrollo*. Tesis no publicada de Doctorado. Facultad de Psicología Universidad Nacional Autónoma de México.
- Vinaccia, S., Quiceno, J. M. y Moreno, S. P. E. (2007). Resiliencia en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 16, 139-146.
- Wallace, K. A. & Bisconti, L. T. (2001). The mediational effect of hardiness on social support and optimal outcomes in later life. *Basic and applied social psychology*, 23(4), 267-279.
- Walsh, F. (2004). *Resiliencia familiar*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Werner, E. (1989). High-risk children in young adulthood: A longitudinal study from birth to 32 years. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59(1), 72-81.
- Widom, C. S. (1989). Child abuse, neglect and adult behavior: Criminality, violence and abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 355-367.
- Williams, Z. A. (2001). *Resiliency in Zimbabwean children impacted by HIV/AIDS. A clinical dissertation*. Doctor of Psychology. University of the California Scholl of Professional Psychology, Alameda.

La Revista Mexicana de Investigación en Psicología Social y de la Salud es un esfuerzo de las universidades que forman la cátedra de psicología del Consorcio de Universidades de México. Es una revista con carácter científico y con énfasis en la investigación que busca difundir los avances de investigación que se realicen en el área de psicología social y de la salud de México, Latino-américa y España.

### Objetivo

Difundir la investigación que se realiza en el área de psicología y salud en México y en los países de habla hispana, para ayudar a fortalecer la investigación que se realiza en las universidades que forman el consorcio.

### Editoras principales

Teresita Castillo León—Universidad Autónoma de Yucatán  
Martha Frías Armenta—Universidad de Sonora

### Periodicidad

Semestral

### Consejo Editorial

- UAMEX: Norma Ivonne González Arratia López Fuentes , Johannes Oudhof van Barneveld, José Luis Valdez Medina.
- UANL: René Landero Hernández, Cirilo Humberto García Cadena, Mónica Teresa González Ramírez, José Moral de la Rubia.
- UADY: Mirta Margarita Flores Galaz, José Humberto Fuentes Gómez, Elías Alfonso Góngora Coronado.
- UNICOL: Francisco Laca Arocena.
- UNISON: Víctor Corral Verdugo, Blanca Fraijo Sing , Daniel González Lomelí.

### Tipo de contribuciones

- Artículos de Investigación
  - \* resultados o avances de investigaciones originales de calidad
  - \* inéditos no sometidos a publicación en otras revistas
- Ensayos teóricos y reseñas de libros
  - \* inéditos no sometidos a publicación en otras revistas
  - \* uno por número

### Las contribuciones deben ser enviadas vía electrónica a las editoras de la revista:

Mtra. Teresita Castillo León: cleon@uady.mx

Dra. Martha Frías Armenta: marthafrias@sociales.uson.mx

El mensaje de correo electrónico debe incluir una carta de presentación dirigida a las editoras con la declaración por parte de los autores de que el contenido del manuscrito y los datos del trabajo no han sido publicados previamente y que no se encuentran bajo consideración en otra revista. Incluir también los datos de localización (correo electrónico, dirección postal y teléfono) del autor con el cual las editoras pueden ponerse en contacto a lo largo del proceso de dictamen y publicación. Se acusará recibo de las contribuciones para someter a dictamen a la dirección de correo desde la cual fueron enviados los archivos digitales.

## **Fechas de recepción de los artículos**

La recepción de artículos está abierta todo el año, pero se recomienda la entrega de los mismos conforme a los tiempos de realización de las dos sesiones anuales de la cátedra en Psicología “Julietta Heres Pulido” (usualmente los meses de mayo y noviembre).

## **Evaluación y dictamen**

Los artículos son enviados a dos integrantes del Consejo Editorial de acuerdo con su área de expertise y son ellos quienes revisan el documento vertiendo su opinión a través de un formato general utilizado en todos los casos y que posibilitan tres tipos de dictamen:

1. Aprobado
2. Aprobado con correcciones
3. No aprobado

Así también, por correo electrónico, los autores serán notificados del dictamen final respecto de sus contribuciones.

## **Preparación del Manuscrito**

Utilizar como guía el Manual de Publicaciones de la American Psychological Association en español (2da edición) para formato de texto e instrucciones para la preparación de tablas, figuras, referencias y resúmenes.

Máximo 30 cuartillas procesadas en Microsoft Office Word para Windows, escritas a doble espacio en Times New Roman 12 o Arial 11 , con márgenes de 2.54 cm. y alineación a la izquierda.

## **Página del título**

- El título no debe de ser mayor a 12 palabras.
- Nombre completo del o los autores iniciando con el apellido.
- Las adscripciones institucionales deben de reflejar la institución o instituciones donde se desarrolló el trabajo y se dejarán como nota a pie de página, junto con las direcciones electrónicas o postales a las cuales los lectores pueden dirigirse como forma de contacto.
- Incluir correos electrónicos y dirección postal.

## **Resumen**

- Escrito en una hoja separada.
- Máximo 250 palabras.
- Redactado en español y en inglés.
- Palabras clave o frases breves (máximo cinco).

## **Párrafos y encabezados**

- Cada párrafo debe ser más largo que una simple oración pero no tan largo como una página de escrito.
- Los contenidos de los encabezados reflejan precisamente la organización del documento.
- Los encabezados del mismo nivel deben aparecer con el mismo formato.

## **Símbolos matemáticos y estadísticas**

- Los símbolos matemáticos más comunes identificados en el texto se deben escribir en letras griegas.
- Se utilizan cursivas para todas las letras no griegas usadas como símbolos estadísticos para las variables algebraicas.

## **Información estadística**

- La información estadística o gráfica debe agruparse en tablas o gráficos.



- Cada una de las tablas (o gráficos) debe ir con numeración seguida y con un subtítulo que empiece con “Tabla n:” (o “Gráfico n:”).
- Indique muy brevemente el contenido de dicha tabla (o gráfico).
- Las tablas y gráficos deben venir acompañados de sus fuentes, de manera clara, dentro del texto o en notas a pie de página, de tal forma que pueda comprobarse sin inconvenientes la procedencia de los datos.

### Referencias

- En orden alfabético al final del documento.
- Cada referencia debe estar citada en el texto, y cada cita del texto debe estar listada en la sección de referencias.

### Ejemplos de formatos básicos de referencia (tanto para libros publicados en español como en otro idioma):

- Un solo autor  
Montero, M. (2004). Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y proceso. Buenos Aires: Paidós.  
Autor, A. (Año de publicación). Título del trabajo. Localidad: Editorial.
- Dos o más autores  
Kelley, L. y Narváez, A. (2006). La crianza de un niño con hemofilia en América Latina. Los Ángeles, Ca.: Baxter Biocience.  
Autor, A.A., Autor, B.B. y Autor, C.C. (Año de publicación). Título de la publicación. Localidad: Editorial.
- Antología o compilación / libro editado / libro coordinado  
Eagly, H., Beall, A. y Sternberg, R. (Eds.). (2004). The psychology of gender. New York: Guilford Publications.  
Autor, A.A. (Comp.). (Año de publicación). Título de la publicación. Localidad: Editorial.
- Capítulo en libro compilado, coordinado o antología  
Balcazar, F.E., Taylor, R.R., Kielhofner, G.W., Tamley, K., Benzinger, T., Carlin, N. et al. (2006). Participatory Action Research. General principles and a study with chronic health condition. En: L.A. Jason, C.B. Keys, Y. Suárez-Balcazar, R.R. Taylor y M.I. Davis (Eds.). Participatory community research (pp. 17-35). Washington D.C.: American Psychological Association.  
Autor, A.A. (Año de publicación). Título del capítulo. En B. Editor (Ed.). Título del libro (pp. del capítulo). Localidad: Editorial.
- Artículo especializado  
Corral-Verdugo, V. y de Queiroz Pinheiro, J. (2004). Aproximaciones al estudio de la conducta sustentable. Medio Ambiente y Comportamiento Humano, 5 (1 y 2), 1-26.  
Autor, A. A. (Año de publicación). Título del artículo. Nombre de la revista, Vol (Num), pp.
- Tesis de Licenciatura, Maestría o Doctorado no publicada  
Góngora Coronado, E.A. (2000). El enfrentamiento de los problemas y el papel del control: una visión etnopsicológica en un ecosistema con tradición. Tesis doctoral no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México.  
Autor, A.A. (Año de obtención del grado). Título del trabajo de grado. Tesis de maestría no publicada, Universidad, Localidad.
- Publicaciones disponibles en internet basados en una fuente impresa  
McCrae, R.R. y John, O. P. (1992). An introduction to the Five-Factor Model and its applications. [Versión electrónica]. Journal of Personality, 60, 175-215.  
Autor, A.A. & Autor, B.B. (Año de publicación). Título del artículo [Versión electrónica]. Nombre de la revista, Volumen, páginas.

- Publicaciones disponibles en Internet no disponibles en una fuente impresa  
Vallaey, F. (2006). Marco teórico de responsabilidad social universitaria. Recuperado el 2 de marzo de 2007 de <http://www.iadb.org/etica/Documentos/III%20Dialogo>  
Autor, A.A. (Fecha de publicación). Título del documento. Recuperado el día de mes del año de <http://www.sitio.org/documento.html>
- Si el autor es una corporación o instituto, se utilizará el nombre completo seguido de sus siglas. Por ejemplo: Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS].
- Si se identifica al libro como anónimo, se pondrá la palabra Anónimo en la posición de autor.
- Si no hay autor, se corre el título a la posición de autor, iniciando por la primera palabra significativa (no artículos, conjunciones ni preposiciones).
- Si son más de seis autores, se mencionan los primeros seis seguidos de et al.
- Si no se cuenta con fecha de publicación se utilizan las siglas s.f.