

CULTURA Y
PERSONALIDAD
EXPERIENCIAS EN
INVESTIGACIÓN
BIOPSICOSOCIOCULTURAL

YESSICA PAOLA AGUILAR MONTES DE OCA
MARTHA ADELINA TORRES MUÑOZ
JORGE ALVARADO OROZCO
NORMA IVONNE GONZÁLEZ ARRATIA LÓPEZ FUENTES
(COORDINADORES)



Universidad Autónoma
del Estado de México



Doctor en Educación
Alfredo Barrera Baca
Rector

Maestro en Estudios Urbanos y Regionales
Marco Antonio Luna Pichardo
Secretario de Docencia

Doctora en Ciencias Económico Administrativas
Eréndira Fierro Moreno
Encargada del Despacho de la
Secretaría de Investigación y Estudios Avanzados

Doctor en Humanidades
Juvenal Vargas Muñoz
Secretario de Rectoría

Doctor en Artes
José Edgar Miranda Ortiz
Secretario de Difusión Cultural

Doctora en Educación
Sandra Chávez Marín
Secretaria de Extensión y Vinculación

Doctor en Educación
Octavio Crisóforo Bernal Ramos
Secretario de Finanzas

Maestro en Diseño
Juan Miguel Reyes Viurquez
Secretario de Administración

Doctor en Ciencias Computacionales
José Raymundo Marcial Romero
Secretario de Planeación y Desarrollo Institucional

Maestra en Lingüística Aplicada
María del Pilar Ampudia García
Secretaria de Cooperación Internacional

Doctora en Diseño
Monica Marina Mondragón Ixtlahuac
Secretaria de Cultura Física y Deporte

Licenciado en Derecho
Iván Octavio Rojas Delgado
Encargado del Despacho de la
Oficina del Abogado General

Maestro en Economía
Javier González Martínez
Secretario Técnico de la Rectoría

Maestro en Promoción y Desarrollo Cultural
Gastón Pedraza Muñoz
Director General de Comunicación Universitaria

Maestra en Administración Pública
Guadalupe Ofelia Santamaría González
Directora General de Centros Universitarios
y Unidades Académicas Profesionales

Maestro en Derecho Fiscal
Jorge Rogelio Zenteno Domínguez
Director General de Evaluación y Control de la Gestión Universitaria

CULTURA Y PERSONALIDAD
Experiencias en investigación biopsicosociocultural

DIRECCIÓN DE PUBLICACIONES UNIVERSITARIAS
Editorial de la Universidad Autónoma del Estado de México

Doctor en Educación

Alfredo Barrera Baca

Rector

Doctor en Artes

José Edgar Miranda Ortiz

Secretario de Difusión Cultural

Doctor en Administración

Jorge Eduardo Robles Alvarez

Director de Publicaciones Universitarias

CULTURA Y PERSONALIDAD

Experiencias en investigación biopsicosociocultural

YESSICA PAOLA AGUILAR MONTES DE OCA
MARTHA ADELINA TORRES MUÑOZ
JORGE ALVARADO OROZCO
NORMA IVONNE GONZÁLEZ ARRATIA LÓPEZ FUENTES
Coordinadores



**Universidad Autónoma
del Estado de México**

“2021, Celebración de los 65 Años de la Universidad Autónoma del Estado de México”

Este libro fue positivamente dictaminado con el aval de dos revisores externos, conforme al Reglamento de la Función Editorial de la UAEM.

Primera edición, marzo 2021

Cultura y personalidad

Experiencias en investigación biopsicosociocultural

Yessica Paola Aguilar Montes de Oca, Martha Adelina Torres Muñoz, Jorge Alvarado Orozco y Norma Ivonne González Arratía López Fuentes

Universidad Autónoma del Estado de México

Av. Instituto Literario 100 Ote.

Toluca, Estado de México

C.P. 50000

Tel: (52) 722 277 38 35 y 36

<http://www.uaemex.mx>



Esta obra está sujeta a una licencia *Creative Commons* Atribución-No Comercial-Sin Derivadas 4.0 Internacional. Los usuarios pueden descargar esta publicación y compartirla con otros, pero no están autorizados a modificar su contenido de ninguna manera ni a utilizarlo para fines comerciales. Disponible para su descarga en acceso abierto en: <http://ri.uaemex.mx>

ISBN: 978-607-633-265-8

Hecho en México

Editor responsable: Jorge Eduardo Robles Alvarez

Coordinación editorial: Ixchel Díaz Porras

Corrección de estilo: Lucina Ayala López

y Ma. del Socorro Zepeda

Gestión de diseño: Liliana Hernández Vilchis

Diseño: Mayra Flores Mercado

Diseño de portada: Martha Eugenia Díaz Cuenca



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	9
COMPONENTES DEL YO O TERRITORIO PERSONAL	13
<i>Eliab Ammissaday Vara Miranda, Sergio González Escobar, Norma Ivonne González Arratia López Fuentes</i>	
PRESENCIA DE EMOCIONES NEGATIVAS BÁSICAS, UN ESTUDIO DESDE LA TEORÍA DE LA PAZ O EQUILIBRIO	41
<i>Felipe González Arratia Visoso, Martha Adelina Torres Muñoz, Jorge Alvarado Orozco, Yessica Paola Aguilar Montes de Oca, Norma Ivonne González Arratia López Fuentes, Sergio González Escobar</i>	
ANSIEDAD Y SU ASOCIACIÓN CON EMOCIONES NEGATIVAS NO RESUELTAS	57
<i>Jorge Alvarado Orozco, Sergio González Escobar, Norma Ivonne González Arratia López Fuentes, Sofía Rivera Aragón</i>	
PROPUESTA DE MEDICIÓN DE LA DEPRESIÓN DESDE LA TEORÍA DE LA PAZ O EQUILIBRIO	75
<i>Sergio González Escobar, Norma Ivonne González Arratia López Fuentes</i>	
MANIFESTACIONES DEL MIEDO EN PERSONAS CON DEPRESIÓN	95
<i>María Azucena Hernández Silva, Sergio González Escobar, Norma Ivonne González Arratia López Fuentes</i>	
EMOCIONES NEGATIVAS, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN MADRES DE HIJOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL	113
<i>Avelina Encastin Julio, Jorge Alvarado Orozco, Yessica Paola Aguilar Montes de Oca, Norma Ivonne González Arratia López Fuentes, Sergio González Escobar, Francisco José Argüello Zepeda</i>	

LA APATÍA Y SUS IMPLICACIONES EN LA SALUD MENTAL DE JÓVENES MEXICANOS	133
<i>Yessica Paola Aguilar Montes de Oca, Norma Ivonne González Arratia López Fuentes, Sergio González Escobar, Sofía Rivera Aragón, Martha Adelina Torres Muñoz, Jorge Alvarado Orozco</i>	
SOMATIZACIÓN: UNA CONSECUENCIA DE VIVIR EN EL CÍRCULO DEL MIEDO	157
<i>Martha Adelina Torres Muñoz, Norma Ivonne González Arratia López Fuentes, Sergio González Escobar, Sofía Rivera Aragón, Yessica Paola Aguilar Montes de Oca, Jorge Alvarado Orozco</i>	
PERSONALIDAD ENTRÓPICA Y FELICIDAD EN ADOLESCENTES	173
<i>Lorena Toribio Pérez, Norma Ivonne González Arratia López Fuentes, Hans Oudhof Van Barneveld, Sergio González Escobar</i>	
SIGNIFICADO DE TALENTO: UNA PROPUESTA ETNOMETODOLÓGICA	191
<i>Mario Ulises Maya Martínez, Lucina Isabel Reyes Lagunes</i>	
RESILIENCIA Y RECURSOS PSICOLÓGICOS EN NIÑOS DE UNA COMUNIDAD RURAL.	
LA CONEXIÓN ENTRE LA ADVERSIDAD Y LA SALUD	203
<i>Norma Ivonne González Arratia López Fuentes, Yessica Paola Aguilar Montes de Oca, Martha Adelina Torres Muñoz, Jorge Alvarado Orozco, Sergio González Escobar</i>	
ADOLESCENCIA, FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN PARA LA RESILIENCIA	213
<i>Norma Ivonne González Arratia López Fuentes</i>	
AUTORES	229

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011) define a la salud mental como un estado de bienestar continuo en el que la persona es consciente de sus capacidades, lo que le permite afrontar las tensiones normales de la vida, pudiendo trabajar de forma productiva y contribuir así al bienestar de su comunidad. También reconoce que son distintos los factores por los cuales dicho equilibrio puede verse interrumpido, entre ellos los trastornos mentales.

Tal suceso es más común de lo esperado, ya que en 2017, la OMS emitió un comunicado en el que refirió que los trastornos mentales se encuentran entre los factores de riesgo asociados a enfermedades y lesiones intencionadas y no intencionadas. Espinosa Orozco e Ybarra (2015) añaden el hecho de que éstos incrementan la posibilidad de solicitar una consulta médica externa o especializada, cuando se padece una enfermedad crónico degenerativa, lo que origina gastos extra al sector salud.

Estos datos son ejemplo del porqué los trastornos mentales son objeto de estudio de distintas áreas del conocimiento, entre ellas la psicología, a partir de la cual han surgido diferentes teorías que pretenden predecir, explicar y controlar dichas perturbaciones.

En la actualidad resulta evidente la necesidad de contar con profesionales especializados en las diversas ramas del conocimiento, capaces de comprender los retos que la sociedad impone; por ello es fundamental la formación de investigadores que dispongan de herramientas clave que les permitan dar una mejor respuesta a tales demandas.

Así pues, las teorías en psicología se han diversificado, pero todas tienen en común la explicación de la conducta y la personalidad de los individuos. Si bien todas son relevantes, también es necesario contar con aportaciones contemporáneas para la explicación de diversos fenómenos psicológicos, como la Teoría de la paz o equilibrio de José Luis Valdez Medina, la cual se distingue por integrar elementos biológicos y psicosocioculturales, que permiten entender de manera amplia por qué los individuos se comportan como lo hacen.

En todo postulado teórico, es indispensable su verificación y comprobación. El presente libro integra varios trabajos de investigación que analizan la influencia biopsicosociocultural en la personalidad explicada desde la Teoría de la paz o equilibrio, para posteriormente ofrecer una alternativa en el desarrollo de recursos psicológicos, desde la resiliencia.

Tal exposición se hace de forma sencilla, pero con rigor metodológico, lo que permite observar un panorama de diversos trastornos psicológicos dirigidos a la búsqueda de la salud mental de los individuos.

En el primer capítulo se retoman los componentes del Yo o territorio personal, bases con la que trabaja la Teoría de la paz o equilibrio (Valdez-Medina, 2009), pues de éste emergen distintos problemas en el ser humano.

En el segundo se aborda la presencia de emociones negativas básicas para explicar el origen del caos o entropía.

El capítulo tercero contiene la temática relacionada con la ansiedad y su asociación con emociones negativas no resueltas; tiene como propósito buscar evidencia empírica que refute o sustente el proceso que el círculo del miedo plantea para explicar el origen de la ansiedad, tomando en cuenta para ello tres emociones fundamentales: frustración, odio y culpa, contribuyendo así al entendimiento de este trastorno, el más vivenciado por los mexicanos.

En el cuarto capítulo se encuentra la propuesta de medición de la depresión, desde la Teoría de la paz o equilibrio, donde el autor aporta evidencia empírica de los factores que la componen.

Los tipos, formas y reacciones del miedo en personas con depresión se explican en el quinto capítulo. Determinar si la experimentación y no resolución de las emociones negativas, se asocia con la presencia de niveles de ansiedad y manifestaciones depresivas en mamás de hijos con discapacidad intelectual, es el objetivo del capítulo sexto. Se pone de manifiesto que los estados emocionales negativos propuestos en la Teoría de la paz o equilibrio tienen una íntima asociación al tener un hijo con esta alteración en su desarrollo.

La apatía y sus implicaciones en la salud mental de jóvenes mexicanos, se retoma en el séptimo capítulo, donde se determina su relación con las variables teóricamente propuestas por Valdez Medina, así como el grado de predicción entre ellas. Es necesario señalar que éste es un constructo poco abordado por la psicología;

sin embargo, a través del estudio realizado, los autores dejan clara su relevancia al momento de estudiar otra problemática.

El tema de la somatización como una consecuencia de vivir en el círculo del miedo, se analiza en el octavo capítulo con la intención de dar una explicación holística de dicho fenómeno.

La personalidad entrópica y felicidad en adolescentes es tema del capítulo noveno, donde se busca evidencia empírica que sustente el postulado teórico de Valdez Medina, quien señala que la personalidad entrópica tiene un impacto negativo en la felicidad, mientras que los individuos, con un ego cero, son libres, amorosos y felices.

En el capítulo décimo se plantea el significado de talento: una propuesta etnometodológica, en la que los autores construyeron una escala para la medición del constructo talento, a partir de indicadores obtenidos desde el significado psicológico. Dicho trabajo brinda la posibilidad de contar con instrumentos válidos y confiables, que tienen su origen en principios teóricos sólidos.

El capítulo décimo primero tuvo como objetivos obtener indicadores de validez y confiabilidad del inventario de recursos psicológicos de Martínez (2007) que permite la evaluación de los recursos psicológicos que tienen una muestra de niños, describir las variables consideradas, así como determinar el grado de relación entre la resiliencia y los recursos psicológicos, identificando si difieren los hombres y las mujeres respecto a ambas variables.

Finalmente, en el capítulo décimo segundo se analiza el origen de la resiliencia, así como los resultados obtenidos en diferentes investigaciones que han sido desarrolladas en adolescentes en contextos de riesgo. Se concluye que los modelos médicos dan una perspectiva holística respecto a la salud-enfermedad, punto que compete a los científicos al momento de promocionar la salud en los adolescentes, pues a partir de los resultados obtenidos se pueden plantear aproximaciones y estrategias pertinentes para el logro de este objetivo.

REFERENCIAS

Espinosa Muñoz, M. C., Orozco Ramírez, L. A., e Ybarra Sagarduy, J. L. (2015). Síntomas de ansiedad, depresión y factores psicosociales en hombres que solicitan atención de salud

en el primer nivel. *Salud mental*, 38(3), 201-208, <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.028>

Martínez, de S. B.A. (2007). *Desarrollo y validación de un instrumento para la evaluación de los recursos psicológicos: Inventario de recursos psicológicos-77 ítems IRP-77*. Tesis de doctorado no publicada. Universidad Autónoma de Madrid.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2011). *Salud Mental*. Nota descriptiva extraída el 20 de febrero de 2011 en la dirección https://www.who.int/mental_health/es/

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2017). *Salud Mental*. Nota descriptiva extraída el 8 de octubre 2017 en la dirección https://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/2017/es/

Valdez-Medina, J. (2009). *Teoría de la paz o equilibrio: una nueva teoría que explica las causas del miedo y del sufrimiento, y que nos enseña a combatirlos*. México: EDAMEX.

COMPONENTES DEL YO O TERRITORIO PERSONAL

Eliab Ammissaday Vara Miranda

Sergio González Escobar

Norma Ivonne González Arratia López Fuentes

INTRODUCCIÓN

Desde épocas remotas, el ser humano ha tenido curiosidad por conocerse a sí mismo, hecho que puede rastrearse en el famoso aforismo del oráculo de Delfos en la antigua Grecia, así como en los diarios que en la edad helénica se realizaban acerca de la introspección (Foucault, 1990). A partir de entonces, dicho interés se desarrolló hasta lo que hoy conocemos como el estudio del yo, cuya concepción fue evolucionando también dado que se ha visto determinada por el lugar y el momento en que se aborda (Taylor, 2006), así como por las teorías que desde la filosofía y la psicología la han revisado.

Debido a que se ha dicho bastante acerca de este concepto, el tema se ha vuelto complejo, dado que no hay un consenso en relación con su origen (Taylor, 2006), a diferencia de otros constructos similares (Vegh, 2010), pero sobre todo en cuanto a sus componentes y características. Aunado a esto, existe un sesgo en la mayoría de las teorías de la personalidad que lo abordan, que, como se verá, se dirige netamente al aspecto psicológico.

Dentro de la propia psicología el Yo tiene un lugar preponderante, pues es considerado como la base de la constitución de la personalidad (Valdez-Medina, 2009). Además, su construcción permite una percepción adecuada de la realidad, madurez, conocimiento propio, relaciones afectuosas, seguridad emocional, así como de una visión unificadora de la vida (Fierro, 2000).

Existen estudios que han demostrado su relación con la salud mental; López González *et al.* (2012) hallaron una construcción negativa del mismo en pacientes con trastornos depresivos. Por su parte, Cardenal (2005) lo propuso como el componente sustancial en la evaluación y tratamiento de los trastornos mentales.

ANTECEDENTES

La concepción del Yo ha ido evolucionando a lo largo del tiempo. Considerado como la base a partir de la cual se constituye la personalidad (Valdez-Medina, 2009), y propuesto como núcleo psicológico (Cardenal, 2005), su estudio se remonta a la filosofía, si bien, dentro de la psicología ha sido mayormente abordado.

En relación con la primera, varios autores han revisado el concepto. En la Grecia antigua, Platón y Aristóteles lo identificaron con la parte superior del alma (Konstan, 2009). Más tarde, Descartes (1987) lo formuló en términos de una sustancia consolidada, del plano de la conciencia. A esta idea, Locke (2005) añadió que es igual a sí mismo a lo largo de la existencia de la persona.

Por el contrario, Hume (2005) argumentó que no es una entidad inmutable, sino que es una sucesión de impresiones diversas, que al volverse constantes mantienen la ilusión de unidad. Kant (2014) sintetizó lo dicho, al proponerlo como el componente de la pura apercepción. Después, Hegel (2012) lo historió y le asignó un contexto social en el cual se construye, dotándole así de concreción.

Para terminar con los filósofos, a lo mencionado se le añadió un elemento más: la relación con el otro. Así, algunos autores afirmaron que el Yo es una relación que se da con los otros, pero también con uno mismo (Kierkegaard, 2008), que al hablar de él se supone desde ese momento un mundo (Heidegger, 2009), y que incluso éste no se halla al interior, sino que es exterior a la conciencia (Sartre, 2008).

En el campo de la psicología, los diferentes teóricos de la personalidad también han realizado aportes de singular importancia al respecto. Éstos han tomado como punto de partida los planteamientos de la filosofía ya revisados, pero a su vez, ubicando a este concepto en su propia postura acerca del individuo.

James (1989) fue el primero que utilizó el término sistemáticamente para poder categorizarlo en empírico y puro. El primero se refiere a aquello que se considera como perteneciente a uno mismo, ya sea en el plano material, social o espiritual. En cambio, el segundo es la condición de éste de mantenerse unitario.

De acuerdo con el psicoanálisis freudiano (Freud, 2007), este concepto es la estructura que contiene la conciencia, si bien tiene también partes inconscientes. Es la única que puede tener contacto con la realidad circundante y se rige por sus principios. Además, constituye el aparato psíquico junto con el ello y el superyó.

Asimismo, esta teoría se ramificó en otras que también aportaron al estudio del Yo. Jung (1997) se refirió a éste como el elemento medular de la conciencia, cuya función es equilibrar la personalidad. Klein (1990) rastreó su origen hasta los inicios de la existencia del bebé, a partir de los cuales se va integrando. Hartmann (1969) mencionó que además era autónomo y capaz de adaptarse, a lo que Lacan (2001) repuso que no es independiente de las relaciones con quienes le rodean y añadió que lo conforma la sucesión de identificaciones que para el sujeto han representado una referencia esencial en las etapas de su vida.

Es necesario señalar que otras teorías en psicología no tratan a este concepto con el nombre de “Yo”. Allport (1986), más bien se refirió a éste como *proprium*, cuyo rasgo es ser un proceso organizativo que sirve para conservar el sentido de sí mismo. De acuerdo con esta perspectiva, evoluciona durante siete etapas que encuentran su cúspide en una adultez sana y madura.

En el humanismo, se trata al concepto como *self*; Maslow (1991) lo describió como lo que tiende a actualizar lo que se encuentra en estado de potencia en el ser humano, de modo que éste llegue a la autorrealización. Por su parte, Rogers (1992) mencionó que se caracteriza por organizar, integrar y tender a realizarse; además, colma la experiencia que el individuo tiene de sí mismo.

La psicología de la Gestalt utiliza el mismo nombre que el humanismo para hablar de éste; sin embargo, reconoce que no es inamovible, sino un proceso de contacto que aparece en el momento en que el individuo intenta acomodarse a su entorno.

Al mismo tiempo está dividido en tres: la función yo, la función ello y la función personalidad (Perls, Hefferline y Goodman, 1994).

El cognitivismo propone que el ser humano tiene la responsabilidad de construir el sentido de identidad. Lo anterior puede lograrse por medio de percibir a éste con constancia y estabilidad, para después asignarle una imagen y significación. Lo que sucede entre ambos instantes es lo que Guidano (1993) llamó significado personal.

Como se puede apreciar, el aspecto fisiológico del concepto usualmente se ha hecho a un lado, así como los bienes en tanto componentes del mismo. De este modo, Valdez Medina (2009), a partir de la Teoría de la paz o equilibrio, realizó una propuesta que integra tanto aspectos psicológicos que usualmente se asocian a este término como corporales y materiales.

Para desarrollarla, es pertinente mencionar aspectos que atañen a la personalidad que, como se dijo, encuentra en el Yo la base para su constitución. Hay dos aspectos

que establecen cómo será ésta en un individuo: los factores de tipo biológico y los psicosocioculturales, que a lo largo de su vida recibirán un significado singular.

De este modo, se desenvolverá la identidad, conformada por una sucesión de comportamientos relativamente fijos que definen a cada individuo, designados en esta teoría como tendencias de personalidad. Éstas tienen la particularidad de agruparse en estrategias comportamentales, que tienen como objetivo cubrir carencias, evitar cualquier tipo de miedo y lograr un estado de paz y equilibrio, éstas son: competencia, comparación, búsqueda de aceptación y evitación del rechazo, tolerancia y el control.

Las tendencias de personalidad son dos: la fuerte o de ego (0), en la que se rechaza y acepta abiertamente, y la débil, que puede ser de ego (+), cuyo objetivo es ser aceptado por medio de la admiración, o de ego (-), en la que se busca la aceptación a través de la compasión (Valdez-Medina, 2009).

Esta dinámica es sólo posible gracias a la intervención del Yo, que, de acuerdo con Valdez Medina (2015), se define como un territorio personal, compuesto por tres elementos: el cuerpo, que se conforma por sus cualidades, complexión, tono de piel y todos sus órganos; las pertenencias de cada persona, como bienes materiales y vestimenta, y los significados, que pueden ser afectos, convicciones, ideas y opiniones.

Asimismo, los individuos cuentan con un Yo ideal, que se refiere al modelo de fuerza y aptitud, óptimo para cumplir los objetivos de cubrir carencias, alejarse del miedo y llegar a un estado de paz y equilibrio. A su vez, poseen un Yo real, que contiene todas las características de origen de una persona. Cuando comparan ambos, generalmente suele aparecer un contraste desfavorable, lo que genera el llamado Yo aparente, que termina modificando dichas características a través de las tendencias de personalidad, de modo que se vuelvan aceptables.

Lo anterior está enmarcado en el mismo territorio personal, que es el espacio propio del individuo, donde se encuentran los filtros de aceptación, rechazo, tolerancia y control, que valoran cómo aquél se desenvuelve en la dinámica determinada por las estrategias comportamentales.

Los conceptos anteriores fueron aplicados a jóvenes universitarios dado que hay teorías que muestran que aproximadamente a los 18 años aparece la identidad personal (Erikson, 2004), se afianza el sentido de vida (Mejía *et al.*, 2016), se logra el nivel más alto de inteligencia (Piaget, 2003) y el joven se autodetermina en las diversas dimensiones de su vida (Domínguez, 2008).

La comparación entre hombres y mujeres obedece al hecho de que tanto la cultura como lo biológico tienen un importante efecto en la personalidad de ambos sexos (Valdez-Medina, Díaz-Loving y Pérez, 2006) y, por lo tanto, en su concepción del Yo. Debido a ello, esta investigación contó con la Teoría de la paz o equilibrio como sustento teórico, ya que integra tanto lo psicosociocultural como lo biológico. Además, su objetivo fue conocer lo que los jóvenes universitarios de ambos sexos consideran qué compone y caracteriza al Yo.

MÉTODO

Participantes

La muestra fue no probabilística de tipo intencional; se conformó por 250 participantes de entre 18 y 25 años de edad, repartidos equitativamente por sexo, pertenecientes a la Universidad Autónoma del Estado de México, con un promedio de edad de 19.8 (*D.E.*: 1.8) años.

Instrumento

Se elaboró un cuestionario de siete preguntas abiertas para el estudio llamado “Características y componentes del Yo”, que fue sometido a un análisis de jueces, con un índice de coincidencia entre ellos mayor a 85 por ciento.

Procedimiento

La aplicación de los instrumentos se realizó de manera grupal. Se explicó a los jóvenes el objetivo de la investigación y las instrucciones para responder el cuestionario. Posteriormente, se les pidió que, de manera voluntaria, firmaran una carta de consentimiento informado para después contestar el instrumento, del cual se resolvieron las dudas que aparecieron. Al finalizar la aplicación, se recogieron los instrumentos, verificando que no hubiera preguntas sin respuesta.

RESULTADOS

Se realizó un análisis de contenido, del cual se obtuvieron las categorías de respuesta, como se muestra a continuación:

Conforme a los resultados para el primer reactivo *Para mí, ¿qué es el Yo?*, las categorías fueron: ser interior, regulador o mediador, afectos, aspectos psicológicos, físico, personalidad, conocimiento de mí mismo, y relaciones con los demás. Tratándose de ser interior, se pudo apreciar que ambos sexos convinieron en considerar al Yo como un símil de la esencia y del alma, que se relaciona con el equilibrio interior, las decisiones que toman y su propio espacio, si bien ellos también piensan que tiene que ver con sus creencias, así como el egocentrismo, ellas lo conciben, además, como aunado a sus deseos, ideales y costumbres.

Para los participantes, el Yo regula la conducta y media entre el bien y el mal, así como entre el ello y el superyó. En relación con los afectos, son las emociones y los sentimientos los señalados por los participantes. En la categoría de aspectos psicológicos, los hombres consideran al Yo como análogo a la forma de pensar, los pensamientos, una instancia psíquica y lo racional, mientras que las mujeres lo hacen a lo que hay en su cerebro y a su conocimiento. Asimismo, los dos grupos coincidieron en tratarlo como la conciencia. Referente al aspecto físico, se observó su referencia específicamente al aspecto, es decir, la parte visible de cada persona.

En cuanto a personalidad, la respuesta mayoritaria fue que este concepto es lo que identifica, caracteriza, compone, diferencia y hace único a cada individuo, es decir, lo que es y cómo actúa. El Yo como conocimiento de mí mismo es lo que ambos sexos perciben de sí, o lo que, específicamente en los hombres, hace que sepan de su existencia y les permita conocerse. Por último, sobre las relaciones con los demás, se le cataloga como aquello que se muestra a los demás, y lo que permite socializar del lado de las mujeres, y cómo perciben y son socialmente los hombres (tabla 1).

Tabla 1. ¿Para mí qué es el Yo?

<i>Categorías</i>	<i>Hombres</i>				<i>Mujeres</i>		
	<i>Respuesta</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>Respuesta</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	
Ser interior	Mi ser interior	6	31.5	Esencia	11	34.3	
	Esencia	5	26.3	Mi ser interior	8	25	
	Equilibrio interior	3	15.7	Alma	4	12.5	
	Alma	1	5.2	Equilibrio interior	3	9.3	
	Mis creencias	1	5.2	Mis decisiones	2	6.2	
	Egocentrismo	1	5.2	Costumbres	1	3.1	
	Mis decisiones	1	5.2	Mis deseos	1	3.1	
	Mi espacio	1	5.2	Mis ideales	1	3.1	
				Mi espacio	1	3.1	
	<i>Total</i>	<i>19</i>	<i>100</i>	<i>Total</i>	<i>32</i>	<i>100</i>	
Regulador o mediador	Mediador entre el ello y el superyó	4	44.4	Mediador entre el ello y el superyó	9	40.9	
	Mediador entre el bien y el mal	3	33.3	Regulador de conducta	8	36.3	
	Regulador de conducta	2	22.2	Mediador entre el bien y el mal	5	22.7	
	<i>Total</i>	<i>9</i>	<i>100</i>	<i>Total</i>	<i>22</i>	<i>100</i>	
Afectos	Mis emociones	3	60	Mis emociones	6	60	
	Mis sentimientos	2	40	Mis sentimientos	4	40	
	<i>Total:</i>	<i>5</i>	<i>100</i>	<i>Total:</i>	<i>10</i>	<i>100</i>	
Aspectos psicológicos	La consciencia	8	33.3	La parte psicológica	10	55.5	
	La parte psicológica	7	29.1	La consciencia	5	27.7	
	Mi forma de pensar	3	12.5	Lo que hay en mi cerebro	1	5.5	
	Mis pensamientos	3	12.5	Componente psicológico	1	5.5	
	Instancia psíquica	2	8.3	Mi conocimiento	1	5.5	
	Lo racional	1	4.1				
	<i>Total:</i>	<i>24</i>	<i>100</i>	<i>Total:</i>	<i>18</i>	<i>100</i>	
Físico	Aspectos físicos	10	71.4	Aspectos físicos	15	100	
	Parte visible de mí	3	21.4				
	Mi aspecto	1	7.1				
	<i>Total</i>	<i>14</i>	<i>100</i>	<i>Total</i>	<i>15</i>	<i>100</i>	

Continúa...

<i>Categorías</i>	<i>Hombres</i>				<i>Mujeres</i>		
	<i>Respuesta</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>Respuesta</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	
Personalidad	Mi persona	18	18	Mi persona	18	20.2	
	Lo que soy	17	17	Lo que me caracteriza	17	19.1	
	Personalidad	13	13	Lo que me compone	16	17.9	
	Cómo actúo	12	12	Personalidad	9	10.1	
	Lo que me identifica	9	9	Lo que soy	8	8.9	
	Lo que me compone	7	7	Lo que me diferencia	7	7.8	
	Lo que me hace único	6	6	Lo que me identifica	4	4.4	
	Forma de ser	5	5	Lo que me hace única	4	4.4	
	Lo que me caracteriza	4	4	Ser alguien	2	2.2	
	Lo que represento	3	3	Ser humano	1	1.1	
	Lo que me define	3	3	Forma de ser	1	1.1	
	Lo que me diferencia	3	3	Parte del individuo	1	1.1	
				Cómo actúo	1	1.1	
		<i>Total</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>Total</i>	<i>89</i>	<i>100</i>
Conocimiento de mí mismo	Percepción de mí mismo	10	66.6	Percepción de mí misma	7	100	
	El saber que existo	3	20				
	Lo que permite conocerme	2	13.3				
	<i>Total</i>	<i>15</i>	<i>100</i>	<i>Total</i>	<i>7</i>	<i>100</i>	
Relaciones con los demás	Cómo soy socialmente	1	50	Lo que muestro a los demás	8	88.8	
	Cómo me perciben	1	60	Lo que me permite socializar	1	11.1	
	<i>Total</i>	<i>2</i>	<i>100</i>	<i>Total</i>	<i>9</i>	<i>100</i>	

Fuente: elaboración propia.

Las respuestas del segundo reactivo *Mi Yo o territorio personal está compuesto por*, se dividieron en tres secciones: aspectos físicos, pertenencias materiales y aspectos psicológicos y emocionales.

Sobre los aspectos físicos del Yo, se categorizó de la siguiente forma: complexión física, cara, cuerpo, cualidades físicas y mi persona. De acuerdo con los participantes,

la complexión física está compuesta por la estatura y el peso. La cara, por el cabello, ojos, orejas, nariz, gestos, voz y boca; las mujeres se refieren a ésta como los labios, y los hombres consideran también barba y mirada.

En el cuerpo se incluyen el color de piel, manos, extremidades, pies, tronco, cabeza, señas particulares, órganos y sistemas. Aquí, los hombres añaden la respuesta de los músculos, en tanto que las mujeres lo hacen con las piernas, brazos y cadera. Las cualidades físicas, de acuerdo con ambos grupos, son: el atractivo físico, salud, edad y fuerza; para ellos son también importantes el estilo, agilidad, espacio personal, motricidad y sexo; para ellas los ademanes, forma de caminar, habilidades y postura. Para persona, la respuesta que se añadió fue “mi ser” (tabla 2).

Tabla 2. Mi Yo o territorio personal está compuesto por (aspectos físicos)

<i>Categorías</i>	<i>Hombres</i>		<i>Mujeres</i>			
	<i>Respuesta</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>Respuesta</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
Complexión física	Estatura/altura	41	50.6	Estatura/altura	41	56.1
	Complexión física	36	44.4	Complexión física	26	35.6
	Peso	4	4.9	Peso	6	8.2
	<i>Total</i>	<i>81</i>	<i>100</i>	<i>Total</i>	<i>73</i>	<i>100</i>
Cara	Cabello	28	33.7	Cabello	51	34.9
	Ojos	21	25.3	Ojos	49	33.5
	Cara	9	10.8	Cara	19	13
	Orejas	4	4.8	Labios	8	5.4
	Voz	4	4.8	Sonrisa	7	4.7
	Sonrisa	3	3.6	Nariz	5	3.4
	Nariz	3	3.6	Voz	5	3.4
	Boca	3	3.6	Orejas	1	0.6
	Gestos	3	3.6	Gestos	1	0.6
	Mirada	2	2.4			
	Barba	2	2.4			
	Cejas	1	1.2			
	<i>Total</i>	<i>83</i>	<i>100</i>	<i>Total</i>	<i>146</i>	<i>100</i>

Continúa...

<i>Categorías</i>	<i>Hombres</i>			<i>Mujeres</i>		
	<i>Respuesta</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>Respuesta</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
Cuerpo	Cuerpo	43	40.9	Cuerpo	38	27.1
	Color de piel	19	18	Color de piel	28	19.9
	Manos	9	8.5	Manos	17	12.1
	Extremidades	7	6.6	Piernas	12	8.5
	Tronco	6	5.7	Características físicas	12	8.5
	Señas particulares	6	5.7	Pies	9	6.4
	Pies	3	2.8	Órganos y sistemas	7	4.9
	Lo que ven físicamente de mí	3	2.8	Cabeza	4	2.8
	Cabeza	3	2.8	Lo que físicamente ven de mí	4	2.8
	Características físicas	3	2.8	Señas particulares	3	2.1
	Órganos y sistemas	2	1.9	Extremidades	2	1.4
	Músculos	1	0.9	Tronco	2	1.4
				Brazos	1	0.7
				Cadera	1	0.7
	<i>Total</i>	<i>105</i>	<i>100</i>	<i>Total</i>	<i>140</i>	<i>100</i>
Cualidades físicas	Atractivo físico	8	34.7	Salud	6	30
	Salud	4	17.3	Atractivo físico	3	15
	Fuerza	3	13	Ademanos	3	15
	Estilo	3	13	Forma de caminar	2	10
	Agilidad	1	4.3	Habilidades	2	10
	Espacio personal	1	4.3	Postura	2	10
	Motricidad	1	4.3	Edad	1	5
	Sexo	1	4.3	Fuerza	1	5
	Edad	1	4.3			
	<i>Total</i>	<i>23</i>	<i>100</i>	<i>Total</i>	<i>20</i>	<i>100</i>
Mi persona	Mi persona	2	50	Mi persona	2	100
	Mi ser	2	50			
	<i>Total</i>	<i>4</i>	<i>100</i>	<i>Total</i>	<i>2</i>	<i>100</i>

Elaboración propia.

Acerca de las *pertenencias materiales que conforman al Yo*, se encontraron las categorías de aparatos electrónicos, vestimenta, hogar, medios de transporte, pertenencias de uso

diario y objetos con un valor. A la primera categoría de aparatos electrónicos pertenecen el celular, computadora, tablet, reproductor de música y cámara. La vestimenta se conforma por la ropa, zapatos, accesorios y lentes; los hombres mencionan, además, el reloj, y las mujeres, los cosméticos.

En el hogar se encuentran las respuestas de casa, cama y recámara. Los medios de transporte son el coche y bicicleta, aunque también la motocicleta es señalada por el sexo masculino. Pertenencias de uso diario es la categoría con una mayor cantidad de componentes, siendo éstos los libros, objetos que cubren necesidades, mochila, accesorios deportivos, bienes, útiles escolares, dinero, medicamentos y perfume. Por último, los objetos con un valor son aquellos que son preciados para los participantes, que se obtienen gracias a un esfuerzo, así como las fotografías (tabla 3).

Tabla 3. Mi Yo o territorio personal está compuesto por (pertenencias materiales)

<i>Categorías</i>	<i>Hombres</i>			<i>Mujeres</i>		
	<i>Respuesta</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>Respuesta</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
Aparatos electrónicos	Celular	38	52.7	Celular	53	70.6
	Computadora	15	20.8	Computadora	8	10.6
	Videojuegos	6	8.3	Aparatos electrónicos	5	6.6
	Tablet	5	6.9	Tablet	4	5.3
	Tecnología	4	5.5	Reproductor de música	3	3.9
	Reproductor de música	3	4.1	Películas	2	2.6
	Cámara	1	1.3			
	<i>Total</i>	<i>72</i>	<i>100</i>	<i>Total</i>	<i>75</i>	<i>100</i>
Vestimenta	Ropa	50	58.8	Ropa	65	46
	Zapatos	16	18.8	Zapatos	29	20.5
	Accesorios	8	9.4	Accesorios	24	17
	Reloj	8	9.4	Lentes	16	11.3
	Lentes	3	3.5	Cosméticos	7	4.9
	<i>Total</i>	<i>85</i>	<i>100</i>	<i>Total</i>	<i>141</i>	<i>100</i>
Hogar	Casa	24	75	Casa	19	63.3
	Cama	4	12.5	Recámara	6	20
	Recámara	3	9.3	Cama	4	13.3
	Baño	1	3.1	Cocina	1	3.3
	<i>Total</i>	<i>32</i>	<i>100</i>	<i>Total</i>	<i>30</i>	<i>100</i>

Continúa...

<i>Categorías</i>	<i>Hombres</i>			<i>Mujeres</i>		
	<i>Respuesta</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>Respuesta</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
Medios de transporte	Coche	16	72.7	Coche	7	87.5
	Motocicleta	4	18.1	Bicicleta	1	12.5
	Bicicleta	2	9			
	<i>Total</i>	<i>22</i>	<i>100</i>	<i>Total</i>	<i>8</i>	<i>100</i>
Pertenenencias de uso diario	Libros	12	16	Libros	26	33.3
	Objetos que cubren necesidades	11	14.6	Bienes	10	12.8
	Instrumentos musicales	8	10.6	Objetos que cubren necesidades	9	11.5
	Mochila	8	10.6	Útiles escolares	8	10.2
	Accesorios deportivos	6	7.9	Dinero	6	7.6
	Cartera	5	6.6	Música	6	7.6
	Bienes	5	6.6	Mochila	3	3.8
	Útiles escolares	4	5.3	Accesorios deportivos	3	3.8
	Música	4	5.3	Peluche	2	2.5
	Dinero	4	5.3	Llaves	2	2.5
	Juguetes	3	3.9	Credenciales	1	1.2
	Llaves	2	2.6	Perfume	1	1.2
	Medicamentos	1	1.3	Medicamentos	1	1.2
	Perfume	1	1.3			
	Comida	1	1.3			
<i>Total</i>	<i>75</i>	<i>100</i>	<i>Total</i>	<i>78</i>	<i>100</i>	
Objetos con un valor	Objetos preciados	5	41.6	Objetos preciados	6	54.5
	Objetos que se tienen por esfuerzo	4	33.3	Objetos que se tienen por esfuerzo	3	27.2
	Medallas	1	8.3	Fotografías	2	18.1
	Escritos	1	8.3			
	Fotografías	1	8.3			
<i>Total</i>	<i>12</i>	<i>100</i>	<i>Total</i>	<i>11</i>	<i>100</i>	

Fuente: elaboración propia.

En relación con los *aspectos psicológicos y emocionales del Yo*, las categorías encontradas fueron sentimientos y emociones, valores, aspectos psicológicos, características negativas, personalidad y cualidades. Los sentimientos y emociones más frecuentes

en los participantes son la felicidad, amor, tristeza, sensibilidad, enojo y miedo. Los valores que prioritariamente les caracterizan son la honestidad, responsabilidad, perseverancia, respeto, amabilidad y humildad; los hombres, además, refirieron la bondad, solidaridad y compasión.

En cuanto a los aspectos psicológicos, ambos grupos señalaron a los pensamientos, ideología, inteligencia, creencias e ideales como componentes del Yo, se mencionaron también la conciencia y salud mental. La agresividad, estrés e impulsividad formaron parte de la categoría características negativas, donde el sexo femenino también incluyó irresponsabilidad, inseguridad e intolerancia. La personalidad, como parte del concepto en cuestión, se conforma por el carácter, relaciones interpersonales, comportamiento, introversión, forma de ser, actitudes y temperamento.

Finalmente, las cualidades en las que los participantes coincidieron fueron el optimismo, autoestima, sociabilidad, empatía, sentido del humor, expresividad, habilidades, creatividad, paciencia e independencia. A su vez, las diferencias recayeron en que el grupo femenino señaló también tranquilidad, autenticidad, realismo y madurez, mientras que el masculino lo hizo con el liderazgo, orgullo, pasión y equilibrio (véase tabla 4).

Tabla 4. Mi Yo o territorio personal está compuesto por (aspectos psicológicos y emocionales)

<i>Categorías</i>	<i>Hombres</i>				<i>Mujeres</i>			
	<i>Respuesta</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>Respuesta</i>	<i>F</i>	<i>%</i>		
Sentimientos y emociones	Felicidad	39	39	Felicidad	24	22.2		
	Sentimientos	19	19	Sentimientos	21	19.4		
	Amor	9	9	Amor	20	18.5		
	Emociones	9	9	Enojo	16	14.8		
	Tristeza	9	9	Sensibilidad	14	12.9		
	Sensibilidad	8	8	Emociones	6	5.5		
	Enojo	6	6	Tristeza	6	5.5		
	Miedo	1	1	Miedo	1	0.9		
<i>Total</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>Total</i>	<i>108</i>	<i>100</i>			

Continúa...

<i>Categorías</i>	<i>Hombres</i>			<i>Mujeres</i>		
	<i>Respuesta</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>Respuesta</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
Valores	Honestidad	8	20	Perseverancia	13	23.2
	Responsabilidad	6	15	Amabilidad	12	21.4
	Perseverancia	6	15	Valores	10	17.8
	Valores	4	10	Responsabilidad	9	16
	Respeto	4	10	Respeto	5	8.9
	Amabilidad	4	10	Humildad	4	7.2
	Humildad	3	7.5	Honestidad	3	5.3
	Bondad	2	5			
	Solidaridad	2	5			
	Compasión	1	2.5			
	<i>Total</i>	<i>40</i>	<i>100</i>	<i>Total</i>	<i>56</i>	<i>100</i>
Aspectos psicológicos	Pensamientos	12	27.2	Ideología	8	30.7
	Ideología	12	27.2	Creencias	7	26.9
	Inteligencia	8	18.1	Inteligencia	7	26.9
	Ideales	3	6.8	Pensamientos	3	11.5
	Creencias	3	6.8	Ideales	1	3.8
	Conciencia	3	6.8			
	Salud mental	2	4.5			
	Elementos psicológicos	1	2.2			
	<i>Total</i>	<i>44</i>	<i>100</i>	<i>Total</i>	<i>26</i>	<i>100</i>
Características negativas	Agresividad	5	29.4	Agresividad	8	44.4
	Estrés	4	23.5	Impulsividad	3	16.6
	Impulsividad	4	23.5	Irresponsabilidad	3	16.6
	Bipolaridad	4	23.5	Estrés	2	11.1
				Inseguridad	1	5.5
				Intolerancia	1	5.5
	<i>Total</i>	<i>17</i>	<i>100</i>	<i>Total</i>	<i>18</i>	<i>100</i>

Continúa...

<i>Categorías</i>	<i>Hombres</i>				<i>Mujeres</i>			
	<i>Respuesta</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>Respuesta</i>	<i>F</i>	<i>%</i>		
Personalidad	Carácter	11	23.4	Relaciones interpersonales	19	23.1		
	Relaciones interpersonales	8	17	Carácter	17	20.7		
	Comportamiento	7	14.8	Forma de ser	9	10.9		
	Personalidad	6	12.7	Introversión	9	10.9		
	Introversión	4	8.5	Comportamiento	9	10.9		
	Forma de ser	4	8.5	Personalidad	8	9.7		
	Actitudes	3	6.3	Temperamento	7	8.5		
	Temperamento	2	4.2	Actitudes	4	4.8		
	Lo que soy	2	4.2					
	<i>Total</i>	<i>47</i>	<i>100</i>	<i>Total</i>	<i>82</i>	<i>100</i>		
Cualidades	Optimismo	10	16.9	Sentido del humor	17	18.4		
	Autoestima	8	13.5	Empatía	16	17.3		
	Sociabilidad	8	13.5	Tranquilidad	11	11.9		
	Empatía	7	11.8	Optimismo	11	11.9		
	Sentido del humor	6	10.1	Sociabilidad	8	8.6		
	Liderazgo	3	5	Autoestima	7	7.6		
	Orgullo	3	5	Expresividad	4	4.3		
	Expresividad	3	5	Autenticidad	4	4.3		
	Habilidades	3	5	Independencia	3	3.2		
	Pasión	2	3.3	Creatividad	3	3.2		
	Creatividad	2	3.3	Realismo	2	2.1		
	Paciencia	2	3.3	Paciencia	2	2.1		
	Equilibrio	1	1.6	Habilidades	2	2.1		
	Independencia	1	1.6	Madurez	2	2.1		
		<i>Total</i>	<i>59</i>	<i>100</i>	<i>Total</i>	<i>92</i>	<i>100</i>	

Fuente: elaboración propia.

Para el tercer reactivo *¿Para qué me sirve mi Yo o territorio personal?*, las categorías fueron: conocimiento de sí mismo, identidad e individualidad, adaptación y tener paz. La función del conocimiento de sí mismo implica el definirse, delimitarse, reflexionar y saber de qué se está compuesto. Sobre la identidad e individualidad, las respuestas tienen que ver con el desarrollo y la identificación con los otros, pero mayoritariamente con ser único, diferenciarse de los demás, destacar, tener un espacio propio y expresarse.

La adaptación, acorde con ambos sexos, es una función de este concepto, pues ayuda a desenvolverse en sociedad, adaptarse a la realidad, regular conductas, tomar decisiones y resolver problemas; los hombres también consideran que sirve para actuar según la moral, y las mujeres para interactuar con los demás. En cuanto a tener paz, el Yo le permite al sexo femenino soñar y dedicarse tiempo, mientras que al masculino sentirse satisfecho, ser feliz, elevar su autoestima, crecer como persona, ser mejor y tener libertad, estando de acuerdo ambos, en que les es útil también para tener equilibrio y sentirse seguros (tabla 5).

Tabla 5. ¿Para qué me sirve mi Yo o territorio personal?

<i>Categorías</i>	<i>Hombres</i>				<i>Mujeres</i>			
	<i>Respuesta</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>Respuesta</i>	<i>F</i>	<i>%</i>		
Conocimiento de sí mismo	Conocer quién soy	25	58.1	Conocer quién soy	26	60.4		
	Definirme	7	16.2	Delimitarme	5	11.6		
	Delimitarme	7	16.2	Analizar mis acciones	4	9.3		
	Reflexionar				Saber qué me compone	3	6.9	
					Definirme	3	6.9	
					Reflexionar	2	4.6	
	<i>Total</i>	<i>43</i>	<i>100</i>	<i>Total</i>	<i>43</i>	<i>100</i>		
Identidad e individualidad	Identificarme	22	32.8	Diferenciarme de los demás	26	28.5		
	Diferenciarme de los demás	21	31.3	Mostrar quién soy a los demás	15	17		
	Ser único	7	10.4	Identificarme	14	15.9		
	Desarrollar mi personalidad	5	7.4	Ser única	8	9		
	Tener identidad				Desarrollar mi personalidad	7	7.9	
					Tener identidad	7	7.9	
	Destacarme	2	2.9	Desarrollarme	4	4.5		
	Desarrollarme	2	2.9	Expresarme	2	2.2		
	Tener un espacio propio	2	2.9	Estar completa	1	1.1		
	Hacer lo que me gusta				Destacarme	1	1.1	
					Saber qué es mío	1	1.1	
	Expresarme				Tener un espacio propio	1	1.1	
					Hacer lo que me gusta	1	1.1	
<i>Total</i>	<i>67</i>	<i>100</i>	<i>Total</i>	<i>88</i>	<i>100</i>			

Continúa...

<i>Categorías</i>	<i>Hombres</i>				<i>Mujeres</i>		
	<i>Respuesta</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>Respuesta</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	
Adaptación	Desenvolverme en sociedad	6	33.3	Desenvolverme en sociedad	12	30.7	
	Actuar según la moral	5	27.7	Interactuar con los demás	12	30.7	
	Adaptarme a la realidad	2	11.1	Tomar decisiones	6	15.3	
	Regular conductas	2	11.1	Regular conductas	4	10.2	
	Tomar decisiones	1	5.5	Adaptarme a la realidad	3	7.6	
	Sobrevivir	1	5.5	Resolver problemas	2	5.1	
	Resolver problemas	1	5.5				
	<i>Total</i>	<i>18</i>	<i>100</i>	<i>Total</i>	<i>39</i>	<i>100</i>	
Tener paz	Sentirme satisfecho	5	31.2	Tener equilibrio	4	57.1	
	Sentirme seguro	2	12.5	Soñar	1	14.2	
	Ser feliz	2	12.5	Dedicarme tiempo	1	14.2	
	Elevar mi autoestima	2	12.5	Sentirme segura	1	14.2	
	Crecer como persona	1	6.2				
	Ser mejor	1	6.2				
	Tener equilibrio	1	6.2				
	Tener libertad	1	6.2				
	Cumplir objetivos	1	6.2				
	<i>Total</i>	<i>16</i>	<i>100</i>	<i>Total</i>	<i>7</i>	<i>100</i>	

Fuente: elaboración propia.

En el reactivo número cuatro, *¿Cuáles considero que son los rasgos de mi Yo más importantes?*, las categorías encontradas fueron la personalidad, aspectos psicológicos, emociones y sentimientos, valores y cualidades. Los rasgos de personalidad se refieren, de acuerdo con los participantes, a la forma de ser, carácter, actitudes, forma de relacionarse con otros, forma de actuar, temperamento y forma de expresarse. Los aspectos psicológicos se aluden a la manera de pensar, inteligencia, conciencia y creencias. Las emociones y sentimientos más importantes para ambos grupos son la felicidad y el amor.

Los valores en que convergen son la responsabilidad y honestidad, y aquellos en los que se encontraron diferencias fueron el respeto y bondad para las mujeres, y amabilidad, humildad, tolerancia y solidaridad para los hombres. Por último, las cualidades en las que se diferencian son la autoestima, optimismo, empatía, curiosidad,

seguridad, habilidades y salud, en relación con el sexo masculino; en cuanto al femenino, se observaron la comprensión, creatividad, educación, fe, originalidad y espiritualidad. A su vez, ambos consideraron el aspecto físico, carisma y tranquilidad (tabla 6).

Tabla 6. ¿Cuáles considero que son los rasgos de mi Yo más importantes?

<i>Categorías</i>	Hombres			Mujeres		
	<i>Respuesta</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>Respuesta</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
Personalidad	Personalidad	20	31.2	Carácter	16	22.2
	Forma de ser	10	15.6	Forma de ser	12	16.6
	Carácter	8	12.5	Personalidad	10	13.8
	Actitudes	7	10.9	Actitudes	9	12.5
	Forma de relacionarme con otros	6	9.3	Forma de actuar	9	12.5
	Forma de actuar	6	9.3	Forma de relacionarme con otros	7	9.7
	Temperamento	4	6.2	Forma de expresarme	4	5.5
	Forma de expresarme	3	4.6	Introversión	4	5.5
			Temperamento	1	1.3	
	<i>Total</i>	<i>64</i>	<i>100</i>	<i>Total</i>	<i>72</i>	<i>100</i>
Aspectos psicológicos	Elementos psicológicos	17	39.5	Forma de pensar	23	48.9
	Forma de pensar	15	34.8	Elementos psicológicos	18	38.2
	Ideología	5	11.6	Consciencia	2	4.2
	Inteligencia	3	6.9	Ideales	2	4.2
	Consciencia	2	4.6	Creencias	1	2.1
	Creencias	1	2.3	Inteligencia	1	2.1
		<i>Total</i>	<i>43</i>	<i>100</i>	<i>Total</i>	<i>47</i>
Emociones y sentimientos	Emociones	13	48.1	Emociones	24	60
	Felicidad	7	25.9	Sentimientos	7	17.5
	Sentimientos	6	22.2	Felicidad	7	17.5
	Amor	1	3.7	Amor	2	5
		<i>Total</i>	<i>27</i>	<i>100</i>	<i>Total</i>	<i>40</i>

Continúa...

<i>Categorías</i>	Hombres			Mujeres		
	<i>Respuesta</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>Respuesta</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
Valores	Valores	5	29.4	Responsabilidad	7	41.1
	Responsabilidad	4	23.5	Valores	4	23.5
	Honestidad	3	17.6	Honestidad	3	17.6
	Amabilidad	2	11.7	Respeto	2	11.7
	Humildad	1	5.8	Bondad	1	5.8
	Tolerancia	1	5.8			
	Solidaridad	1	5.8			
	<i>Total</i>	<i>17</i>	<i>100</i>	<i>Total</i>	<i>17</i>	<i>100</i>
Cualidades	Aspecto físico	10	27.7	Aspecto físico	10	32.2
	Carisma	5	13.8	Comprensión	6	19.3
	Determinación	5	13.8	Determinación	4	12.9
	Autoestima	4	11.1	Fortaleza	2	6.4
	Fortaleza	3	8.3	Creatividad	2	6.4
	Optimismo	2	5.5	Educación	1	3.2
	Empatía	1	2.7	Fe	1	3.2
	Curiosidad	1	2.7	Carisma	1	3.2
	Seguridad	1	2.7	Originalidad	1	3.2
	Tranquilidad	1	2.7	Motivación	1	3.2
	Habilidades	1	2.7	Tranquilidad	1	3.2
	Salud	1	2.7	Espiritualidad	1	3.2
	Motivación	1	2.7			
	<i>Total</i>	<i>36</i>	<i>100</i>	<i>Total</i>	<i>31</i>	<i>100</i>

Fuente: elaboración propia.

Con respecto al quinto reactivo *¿Qué me hace diferente de los demás?*, las categorías identificadas fueron iguales que las del reactivo previo. En la de personalidad, las mujeres señalaron a su manera de percibir las cosas, forma de hablar, introversión e identidad como lo que las diferencia de otros, aunado a lo que consideraron ambos grupos por igual, es decir, forma de ser, carácter, forma de actuar, actitudes, esencia, manera de vivir, forma de expresarse y de resolver problemas. Los aspectos psicológicos tomados en cuenta fueron la forma de pensar y la ideología para todos los participantes; para las mujeres son importantes también los ideales y creencias.

Los sentimientos y emociones fueron el estado de ánimo y la alegría. Los valores, humildad y amabilidad. Las cualidades que hacen diferentes a las participantes, de los demás, fueron el sentido del humor, creatividad, originalidad, organización y comprensión; para los hombres fueron el carisma, aspectos socioeconómicos, seriedad, ser directo y liderazgo. Ambos grupos coincidieron también en el aspecto físico, habilidades, estilo y empatía (tabla 7).

Tabla 7. ¿Qué me hace diferente de los demás?

<i>Categorías</i>	<i>Hombres</i>		<i>Mujeres</i>			
	<i>Respuesta</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>Respuesta</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
Personalidad	Personalidad	19	21.5	Personalidad	26	18.5
	Forma de ser	19	21.5	Forma de ser	18	12.8
	Mi Yo	8	9	Forma de actuar	17	12.1
	Carácter	8	9	Todo	12	8.5
	Forma de relacionarme con otros	7	7.9	Actitudes	10	7.1
	Forma de actuar	6	6.8	Manera de percibir las cosas	10	7.1
	Nadie es igual	5	5.6	Carácter	7	4.9
	Todo	4	4.5	Mi Yo	6	4.2
	Conjunto de rasgos	3	3.4	Forma de resolver problemas	6	4.2
	Actitudes	3	3.4	Nadie es igual	6	4.2
	Esencia	2	2.2	Forma de expresarme	5	3.5
	Manera de vivir	2	2.2	Forma de relacionarme con otros	5	3.5
	Forma de expresarme	1	1.1	Forma de hablar	3	2.1
	Forma de resolver problemas	1	1.1	Manera de vivir	3	2.1
				Introversión	2	1.4
			Identidad	2	1.4	
			Esencia	2	1.4	
<i>Total</i>		<i>88</i>	<i>100</i>	<i>Total</i>	<i>140</i>	<i>100</i>

Continúa...

<i>Categorías</i>	<i>Hombres</i>				<i>Mujeres</i>		
	<i>Respuesta</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>Respuesta</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	
Aspectos psicológicos	Forma de pensar	39	84.7	Forma de pensar	30	60	
	Ideología	5	10.8	Ideología	10	20	
	Elementos psicológicos				Ideales	4	8
					Creencias	3	6
					Elementos psicológicos	3	6
<i>Total</i>	<i>46</i>	<i>100</i>	<i>Total</i>	<i>50</i>	<i>100</i>		
Sentimientos y emociones	Sentimientos	4	40	Emociones	5	45.4	
	Emociones	4	40	Sentimientos	5	45.4	
	Estado de ánimo	2	20	Alegría	1	9	
	<i>Total</i>	<i>10</i>	<i>100</i>	<i>Total</i>	<i>11</i>	<i>100</i>	
Cualidades	Aspecto físico	12	54.5	Aspecto físico	18	51.4	
	Habilidades	3	13.6	Estilo	4	11.4	
	Carisma	1	4.5	Habilidades	3	8.5	
	Estilo	1	4.5	Empatía	2	5.7	
	Empatía	1	4.5	Sentido del humor	2	5.7	
	Aspectos socioeconómicos	1	4.5	Creatividad	2	5.7	
	Seriedad	1	4.5	Determinación	1	2.8	
	Ser directo	1	4.5	Originalidad	1	2.8	
	Liderazgo	1	4.5	Organización	1	2.8	
				Comprensión	1	2.8	
<i>Total</i>	<i>22</i>		<i>Total</i>	<i>35</i>	<i>100</i>		
Valores	Humildad	1	50	Valores	1	50	
	Valores	1	50	Amabilidad	1	50	
	<i>Total</i>	<i>2</i>	<i>100</i>		<i>2</i>	<i>100</i>	

Fuente: elaboración propia.

En el sexto reactivo *Mi estilo me lleva a usar y tener cosas que me dan identidad. Algunas de ellas son*, las categorías encontradas fueron el estilo, la personalidad, los gustos y preferencias y los bienes. La primera categoría, mi estilo, está conformada por la forma de vestir, calzado, peinado, accesorios, lentes y colores, aunque las mujeres añaden maquillaje y aspecto físico. La personalidad dota de identidad en tanto la componen la forma de ser, los pensamientos, la manera de expresarse, de relacionarse con otros, de actuar y de hablar, el carácter, autoestima, sentimientos y actitudes.

Los gustos y preferencias que identifican a los hombres son videojuegos, instrumentos musicales, la licenciatura, cómics y viajes, a diferencia de lo relacionado con el sexo femenino: fotos, pintura, danza, el *anime* y su material de trabajo. A ambos les da identidad los libros, deportes, estilo de música y flores. El único de los bienes que todos los participantes refirieron fue el teléfono móvil; los hombres también incluyeron el coche, la casa y la computadora (tabla 8).

Tabla 8. Mi estilo me lleva a usar y tener cosas que me dan identidad. Algunas de ellas son

<i>Categorías</i>	<i>Hombres</i>			<i>Mujeres</i>		
	<i>Respuesta</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>Respuesta</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
Estilo	Forma de vestir	55	53.9	Forma de vestir	74	49
	Calzado	14	13.7	Accesorios	18	11.9
	Peinado	13	12.7	Calzado	15	9.9
	Accesorios	9	8.8	Peinado	13	8.6
	Lentes	6	5.8	Lentes	13	8.6
	Estilo	3	2.9	Colores	7	4.6
	Colores	2	1.9	Maquillaje	6	3.9
			Estilo	3	1.9	
			Aspecto físico	2	1.3	
	<i>Total</i>	<i>102</i>	<i>100</i>	<i>Total</i>	<i>151</i>	<i>100</i>
Personalidad	Personalidad	9	15.5	Forma de hablar	15	17.4
	Forma de ser	8	13.7	Forma de actuar	12	13.9
	Pensamientos	8	13.7	Personalidad	8	9.3
	Forma de expresarme	7	12	Pensamientos	8	9.3
	Forma de relacionarme con otros	4	6.8	Forma de expresarme	5	5.8
	Forma de actuar	4	6.8	Carácter	5	5.8
	Forma de hablar	4	6.8	Forma de relacionarme con otros	4	4.6
	Alegría	4	6.8	Alegría	4	4.6
	Carácter	2	3.4	Esencia	4	4.6
	Autoestima	2	3.4	Forma de ser	4	4.6
	Sentimientos	2	3.4	Mi Yo	4	4.6
	Empatía	2	3.4	Actitudes	3	3.4

Continúa...

<i>Categorías</i>	<i>Hombres</i>			<i>Mujeres</i>		
	<i>Respuesta</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>Respuesta</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
	Ideales	1	1.7	Estilo de vida	2	2.3
	Actitudes	1	1.7	Autoestima	2	2.3
				Sentimientos	2	2.3
				Empatía	2	2.3
				Temperamento	1	1.1
				Ideales	1	1.1
	<i>Total</i>	<i>58</i>	<i>100</i>	<i>Total</i>	<i>86</i>	<i>100</i>
Gustos y preferencias	Libros	11	24.4	Estilo de música	11	33.3
	Deportes	11	24.4	Libros	8	24.2
	Estilo de música	10	22.2	Gustos	4	12.1
	Gustos	4	8.8	Deportes	3	9
	Videojuegos	2	4.4	Flores	2	6
	Instrumentos musicales	2	4.4	Fotos	1	3
	Licenciatura	2	4.4	Pintura	1	3
	Cómics	1	2.2	Danza	1	3
	Viajes	1	2.2	Anime	1	3
	Flores	1	2.2	Material de trabajo	1	3
	<i>Total</i>	<i>45</i>	<i>100</i>	<i>Total</i>	<i>33</i>	<i>100</i>
Bienes	Celular	5	50	Celular	5	83.3
	Coche	2	20	Credencial	1	16.6
	Tecnología	1	10			
	Casa	1	10			
	Computadora	1	10			
	<i>Total</i>	<i>10</i>	<i>100</i>	<i>Total</i>	<i>6</i>	<i>100</i>

Fuente: elaboración propia.

En el último reactivo *Algo con lo que yo me identifico tanto que me describe, es mi o son mis*, las categorías son personalidad, cualidades, gustos y preferencias, valores y personas. En la de personalidad, nuevamente se encuentran las respuestas de forma de ser, de relacionarse con los demás, de pensar y de hablar, así como los sentimientos, emociones, actitudes, manera de expresarse y carácter. Las cualidades que identifican a ambos grupos son el aspecto físico, vestimenta, amor a la naturaleza, pasión, alegría y escritura. Sólo de los hombres son las habilidades; y para las mujeres, la comprensión, fortaleza y estilo.

Los gustos y preferencias de todos los participantes son la música, deportes y libros, pero los hombres prefieren los cómics y videojuegos; mientras que las mujeres, los dibujos, películas, manualidades, programas de televisión y el arte. Los valores de ellos son la caballerosidad, sinceridad, libertad y disciplina; de ellas, la humildad y amabilidad; ambos coinciden en la responsabilidad. Finalmente, las personas con quienes todos se identifican son los amigos y la familia (tabla 9).

Tabla 9. Algo con lo que me identifico tanto que me describe, es mi, o son mis

<i>Categorías</i>	<i>Hombres</i>		<i>Mujeres</i>			
	<i>Respuesta</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>Respuesta</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
Personalidad	Forma de pensar	13	18	Forma de pensar	17	21.7
	Forma de relacionarme con otros	8	11.1	Sentimientos	13	16.6
	Sentimientos	8	11.1	Forma de ser	11	14.1
	Personalidad	6	8.3	Carácter	10	12.8
	Ideales	6	8.3	Actitudes	6	7.6
	Emociones	5	6.9	Forma de relacionarme con otros	6	7.6
	Forma de hablar	5	6.9	Manera de expresarme	5	6.4
	Actitudes	5	6.9	Personalidad	4	5.1
	Forma de ser	4	5.5	Emociones	3	3.8
	Forma de actuar	4	5.5	Forma de hablar	3	3.8
	Manera de expresarme	4	5.5			
	Estilo de vida	3	4.1			
	Carácter	1	1.3			
	<i>Total</i>		<i>72</i>	<i>100</i>	<i>Total</i>	<i>78</i>

Continúa...

<i>Categorías</i>	<i>Hombres</i>				<i>Mujeres</i>			
	<i>Respuesta</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>Respuesta</i>	<i>F</i>	<i>%</i>		
Cualidades	Aspecto físico	11	31.4	Aspecto físico	22	44.8		
	Vestimenta	5	14.2	Vestimenta	9	18.3		
	Cualidades	3	8.5	Alegría	7	14.2		
	Habilidades	3	8.5	Comprensión	4	8.1		
	Amor a la naturaleza	3	8.5	Fortaleza	2	4		
	Pasión	3	8.5	Escritura	1	2		
	Bailar	3	8.5	Pasión	1	2		
	Alegría	3	8.5	Estilo	1	2		
	Escritura	1	2.8	Amor a la naturaleza	1	2		
				Seriedad	1	2		
	<i>Total</i>	<i>35</i>	<i>100</i>	<i>Total</i>	<i>49</i>	<i>100</i>		
Gustos y preferencias	Música	14	41.1	Música	20	37.7		
	Gustos	7	20.5	Libros	11	20.7		
	Deportes	4	11.7	Gustos	9	16.9		
	Libros	4	11.7	Deportes	3	5.6		
	Cómics	2	5.8	Colores	2	3.7		
	Videojuegos	2	5.8	Dibujos	2	3.7		
	Autores	1	2.9	Películas	2	3.7		
				Manualidades	1	1.8		
				Programas de televisión	1	1.8		
				Arte	1	1.8		
			Lluvia	1	1.8			
	<i>Total</i>	<i>34</i>	<i>100</i>	<i>Total</i>	<i>53</i>	<i>100</i>		
Valores	Valores	3	37.5	Valores	2	33.3		
	Caballerosidad	1	12.5	Responsabilidad	2	33.3		
	Sinceridad	1	12.5	Humildad	1	16.6		
	Libertad	1	12.5	Amabilidad	1	16.6		
	Responsabilidad	1	12.5					
	Disciplina	1	12.5					
	<i>Total</i>	<i>8</i>	<i>100</i>	<i>Total</i>	<i>6</i>	<i>100</i>		
Personas	Amigos	11	68.7	Amigos	7	63.6		
	Familia	5	31.2	Familia	4	36.3		
	<i>Total</i>	<i>16</i>	<i>100</i>	<i>Total</i>	<i>11</i>	<i>100</i>		

Fuente: elaboración propia.

DISCUSIÓN

De acuerdo con lo obtenido en los resultados, se observa que el Yo se asocia con la conciencia (Abbagnano, 2004), puesto que gran parte de lo respondido se relaciona con aspectos psicológicos, identidad, emociones y sentimientos, valores y personalidad. Esta forma de abordar al concepto en cuestión es común en muchas de las teorías de personalidad mencionadas, herederas de una tradición filosófica que mira sólo la mente y lo que considera como interno del individuo.

Sin embargo, no es la única acepción que se mostró relacionada. En el segundo reactivo, que hace alusión a su composición, los participantes estuvieron de acuerdo en que junto a los elementos psicológicos, los aspectos corporales y las pertenencias son componentes significativos para su conformación.

Esto último en armonía con lo definido por Valdez-Medina (2015), quien enuncia que el Yo es un territorio personal cuyos componentes son el cuerpo, lo que cada individuo considera como suyo y sus significados. De este modo, los resultados permiten sustentar esta propuesta, constituida tanto por aspectos psicocioculturales como biológicos.

Sobre la utilidad de éste, se refirió que se relaciona con el conocimiento de sí, la adaptación, la identidad e individualidad y el tener paz, lo que también concuerda con lo propuesto por Valdez-Medina (2009), quien señala que uno de los objetivos del hombre es precisamente un estado de paz o equilibrio, para lo cual utiliza a su Yo o territorio personal. Lo anterior también de acuerdo con Fierro (2000), quien menciona que su construcción permite una percepción acorde a lo real, una percepción unificadora, conocimiento de sí, seguridad emocional y madurez.

Finalmente, en relación con lo que diferencia por sexo, puede observarse una divergencia sobre todo en la categoría de cualidades. Los hombres respondieron liderazgo, sociabilidad y carisma, a diferencia de las mujeres que refirieron tranquilidad, comprensión y empatía, lo que corresponde con la propuesta de Valdez-Medina, Díaz-Loving y Pérez (2006), de acuerdo con la cual, los hombres tienden a ser instrumentales, es decir, que se orientan al logro, la responsabilidad y la competitividad, mientras que las mujeres muestran una tendencia a la expresividad, que es el conjunto de características relacionadas con la expresión de afectos y el cuidado de los demás.

REFERENCIAS

- Abbagnano, N. (2004). *Diccionario de Filosofía*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Allport, G. (1986). *La personalidad: su configuración y desarrollo*. Barcelona: Herder.
- Cardenal, V. (2005). Personalidad, self y salud. *Escritos de Psicología*, (7), 35-43. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=271020873004>
- Descartes R. (1987). *Meditaciones metafísicas y otros textos*. Madrid: Gredos.
- Domínguez, L. (2008). La adolescencia y la juventud como etapas del desarrollo de la personalidad. *Notas: Boletín Electrónico de Investigación de la Asociación Oaxaqueña de Psicología*, 69-76.
- Erikson, E. (2004). *Sociedad y adolescencia*. México: Siglo XXI.
- Fierro, A. (2000). El cuidado de sí mismo y la personalidad sana. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 20(76), 35-47. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n76/n76a03.pdf>
- Foucault, M. (1990). *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Barcelona: Paidós.
- Freud, S. (2007). *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Guidano, V. (1993). *El sí mismo en proceso. Hacia una terapia cognitiva posracionalista*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Hartmann, H. (1969). *Ensayos sobre la psicología del yo*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Hegel, G. (2012). *Ciencia de la lógica*. Madrid: Abada Editores.
- Heidegger, M. (2009). *Ser y tiempo*. Madrid: Trotta.
- Hume, D. (2005). *Tratado de la naturaleza humana: ensayo para introducir el método del razonamiento humano en los asuntos morales* (5ta ed). México: Porrúa.
- James, W. (1989). *Principios de psicología*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Jung, C. (1997). *Las relaciones entre el yo y el inconsciente*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Kant, I. (2014). *Antropología en sentido pragmático*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Kierkegaard, S. (2008). *La enfermedad mortal*. Madrid: Trotta.
- Klein, M. (1990). *Amor, culpa y reparación*. México: Paidós.
- Konstan, D. (2009). La idea del “yo” en la filosofía clásica: comentario sobre un libro reciente de Christopher Gill. *Literatura: teoría, historia, crítica*, (11), 399-407. Recuperado de <http://hispadoc.es/emplar/359844>
- Lacan, J. (2001). *Escritos I*. México: Siglo XXI.
- Locke, J. (2005). *Ensayo sobre el entendimiento humano*. México: Fondo de Cultura Económica.

- López González, S. Rubio Garay, F y González-Brignardello, M. (2012). Construcción del sí mismo y categorización de los significados personales de acuerdo con las fortalezas del carácter: estudio comparativo en pacientes con trastornos depresivos. *Acción Psicológica*, 9, 3-20.
- Maslow, A. (1991). *Motivación y personalidad*. Madrid: Díaz de Santos.
- Mejía, R.L.G., et al. (2016). *Sentido de vida en jóvenes universitarios*. XXIV Congreso Mexicano de Psicología. “La actualización del psicólogo frente a los desafíos de la sociedad contemporánea. Desde la ciencia hasta la práctica”. México, pp. 682-684.
- Perls, F., Hefferline, R., y Goodman, P. (1994). *Terapia Gestalt: excitación y crecimiento de la personalidad humana*. Madrid: Sociedad de Cultura Valle Inclán.
- Piaget, J. (2003). *La psicología de la inteligencia*. Barcelona: Editorial Crítica.
- Rogers, C. (1992). *El proceso de convertirse en persona: mi técnica terapéutica*. México: Paidós.
- Sartre, J.P. (2008). *El existencialismo es un humanismo*. México: Exodo.
- Saúl, L., et al. (2012). Construcción del sí mismo y categorización de los significados personales de acuerdo con las fortalezas del carácter: estudio comparativo en pacientes con trastornos depresivos. *Acción Psicológica*, 9(2), 3-20. doi: <http://dx.doi.org/10.5944/ap.9.2.4100>
- Taylor, C. (2006). *Fuentes del yo. La contrucción de la identidad moderna*. México: Paidós Ibérica.
- Valdez-Medina, J., Díaz-Loving, R. y Pérez, M. (2006). *Los hombres y las mujeres en México: dos mundos distantes y complementarios*. México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Valdez-Medina, J. (2009). *Teoría de la paz o equilibrio: una nueva teoría que explica las causas del miedo y del sufrimiento, y que nos enseña a combatirlos*. México: EDAMEX.
- Valdez-Medina, J. (2015). *Definición del Yo*. Seminario de Investigación. Toluca, México, 23 de marzo (Paper).
- Vegh, I. (2010). *Yo, ego, si-mismo: distinciones de la clínica*. Buenos Aires: Paidós.

PRESENCIA DE EMOCIONES NEGATIVAS BÁSICAS, UN ESTUDIO DESDE LA TEORÍA DE LA PAZ O EQUILIBRIO

Felipe González Arratia Visoso

Martha Adelina Torres Muñoz

Jorge Alvarado Orozco

Yessica Paola Aguilar Montes de Oca

Norma Ivonne González Arratia López Fuentes

Sergio González Escobar

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la propuesta de análisis del comportamiento conocida como Teoría de la paz o equilibrio (Valdez-Medina, 2009), se plantea que la vida está en constante movimiento, que implica un nivel de desgaste, el cual acerca a los animales, humanos o no, a la muerte. Los humanos comparten con los demás seres vivos la característica de encontrarse inmersos entre la vida y la muerte, por lo cual se busca conservar la vida y evitar la muerte o su cercanía a ella.

En este intento por sobrevivir, se descubre inevitablemente la existencia de carencias, necesidades que es preciso satisfacer, las cuales pueden ser naturales o de origen como comer, respirar y descansar, o psicosocioculturales, es decir, necesidades creadas por la cultura o contexto en el que se desarrolla la persona como son el ser aceptados, elegidos o seleccionados para tener, conservar o no perder jerarquía y estatus. De no satisfacerse alguna de estas necesidades, irremediablemente se genera alguna forma o nivel de miedo, identificándose con ello algunos tipos generales de miedo: perder la vida, perder la salud, ser rechazado o abandonado por los demás, así como el miedo a la propia carencia.

Al tener identificada la carencia o necesidad, se procuran entonces los satisfactores que puedan mitigarla o desaparecerla, intentando así regresar a un estado de paz, donde exista un equilibrio biológico y mental, con lo que se recupera la tranquilidad; es en esta dinámica, en esta búsqueda de satisfactores, donde se encuentra la base del comportamiento de todos los seres vivos (Valdez-Medina, 2009).

De este modo, los seres humanos se orientan a cumplir dos objetivos: uno llamado biológico, el cual consiste en conservar la vida y otro psicosociocultural, que se basa en intentar ser más y mejores que los demás, incluso que uno mismo.

En la esfera de lo biológico, se encuentran contenidas todas aquellas cuestiones instintivas o innatas, las cuales buscan la preservación de la vida; en ellas no hay juicios de valor, eliminándose así la existencia del bien y el mal.

Por su parte, la dimensión de lo psicosociocultural abarca los sistemas de juicios, normas y reglas mediante las cuales se regulan los comportamientos de los individuos pertenecientes a un determinado grupo o sociedad, donde se busca en todo momento ser más y mejor que los demás y que el individuo mismo. Las personas intentan, a partir de esta dimensión, destacar, ser vistos más atractivos de lo que realmente son, ser seleccionados, aceptados, buscando el reconocimiento y así trascender para no ser olvidados por los demás, para no ser rechazados (Valdez-Medina, 2009).

La persona que se percibe en falta, dentro de alguna de estas dimensiones, adquiere una conciencia de indefensión ante los peligros naturales o sociales que le produce el temor de no cumplir con alguno de sus objetivos. Para remediar dicha falta se desarrolla la necesidad de tener, acumular y conservar lo que se tiene. El carecer instala al individuo en un estado de miedo; por lo contrario, el tener lo acerca hacia un estado de paz o equilibrio y le da la sensación de haber superado los miedos. Sin embargo, se han identificado dos formas básicas de tener: una natural o no forzada y su contraparte artificial o forzada.

Dentro del tener en su forma no forzada, la búsqueda se hace sin presiones y al encontrar el satisfactor, éste se acepta abiertamente, sin que esta condición de tener le modifique como persona o genere una imagen diferente de sí mismo, ya que no necesita cumplir ni quedar bien con nadie (Valdez-Medina, 2009).

Si se ejerce, por lo contrario, un tener forzado, el cual modifica la visión que la persona tiene de ella misma, ésta genera un yo aparente, orientado siempre a tratar de cumplir para quedar bien consigo misma y con los demás. Este afán por quedar bien con los demás, aparentando ser diferentes, lleva, muchas veces, a comprar, intercambiar, robar, arrebatarse, condicionar, obligar, imponer o buscar un sustituto en lugar del satisfactor original de la necesidad, aunque se sepa de antemano que este reemplazo no podrá satisfacer totalmente la carencia y se permanecerá o retornará pronto, por ende, a un estado de desequilibrio.

De acuerdo con Valdez-Medina, González Arratia y González (2011), la dinámica existente entre tener y carecer se convierte entonces en la base de la supervivencia y de la construcción y desarrollo de la tendencia de personalidad, entendida ésta como la fusión de características biológicas y psicosocioculturales que se unen en una construcción y desarrollo individual para llevar a cabo la obtención y conservación de recursos o satisfactores, que todo individuo utiliza para cubrir sus necesidades o carencias y para evitar los miedos, en sus diferentes dimensiones, que éstas ocasionan, buscando ubicarse así en un nuevo estado de paz o equilibrio, de estabilidad, de autoorganización, donde se experimente un menor desgaste.

Así, mientras una persona va siendo consciente de su individualidad, ésta identifica cuáles son las cosas que le hacen falta, las que necesita, de las que cree carecer o no tener en la medida suficiente, tanto en lo biológico como en lo sociocultural, las cuales dificultan el cumplimiento de los objetivos que guían el ser, el hacer y los comportamientos de cada uno de los seres humanos. Lo que lleva a los individuos a utilizar estrategias que les permitan cubrir estas necesidades y evitar los miedos que llegan asociados.

Estas estrategias comportamentales dependen en gran medida de cuatro elementos básicos: del nivel de belleza física, es decir, la simetría o atractivo corporal; del sexo biológico; de la edad cronológica con la que se cuenta en el momento de desarrollar la estrategia, y del ambiente sociocultural en el que se ha aprendido a vivir (Valdez-Medina, 2009).

Si se acepta abiertamente el resultado de las estrategias de comportamiento y no se tiene queja, reproche, resentimiento o reclamo al respecto, inmediatamente nos vemos inmersos en un estado de paz o equilibrio. A pesar de ello, dicha estrategia comportamental para la obtención de recursos o satisfactores, no siempre brinda la oportunidad de obtener o conservar lo esperado ni de evitar los subsecuentes miedos, con lo cual, es común que se genere, desde las necesidades o carencias percibidas por el sujeto, lo que en la teoría se denomina *tendencia de personalidad entrópica*, ya que es en ella donde las personas se sienten en un desorden generalizado, se ven embargadas por el miedo y por lo general, ya sea referido por ellos mismos o por otros de su entorno, el caos abarca más de un área de su vida (Valdez-Medina, 2009).

Es así que, como resultado de la construcción y desarrollo de la tendencia de personalidad, ésta puede tomar dos vías: una concebida como fuerte o en paz y equilibrio, la cual es ubicada con una dominancia de un ego cero, tendencia que permitirá aceptar

por completo o de manera totalmente abierta que existen carencias, necesidades, miedos, etc., una personalidad que no intenta mostrarse para ser admirado ni por sus fortalezas ni por sus debilidades, que no tiene queja, que no elabora juicios de valor y no critica, que reintegra fácilmente a la persona a un estado de estabilidad, auto-organización y menor desgaste, denominado como el círculo de la paz o equilibrio.

Sin embargo, en ocasiones no se aceptan o se rechazan abiertamente estas necesidades o carencias, y entonces se comienza a tolerar, es decir, fingir que se acepta algo que realmente se rechaza, o bien que se rechaza algo que en verdad es aceptado; y a controlar, es decir, aparentar bienestar, con lo cual se comienza a forzar, sustituir, compensar, fingir, reprimir, mentir, ocultar o callar, con lo que se desarrolla entonces una tendencia de personalidad entrópica, la cual coloca al individuo en una situación de caos, donde se experimenta un mayor desgaste.

Esta tendencia de personalidad entrópica se orienta a alcanzar un ideal de vida, de perfección en la forma de ser, hacer y comportarse, siempre nos lleva a rechazar lo que somos y eso nos hace mantenernos en una dinámica de vivir con miedo, en un estado de alerta, incertidumbre, inseguridad y desconfianza, denominada el círculo del miedo (Valdez-Medina, 2009).

En este sentido, Valdez-Medina, González Arratia y González (2011) identifican dos modalidades de la tendencia de personalidad entrópica, una con dominancia de un ego (+), la cual intenta mostrar su atractivo a partir de la admiración de sus fortalezas, en contraste con la ubicada en una dominancia del ego (-), que trata de mostrarse o ser admirado a partir de su debilidad, de la compasión.

Las personas con una tendencia de personalidad débil, ya sea ego (+) o ego (-), al rechazar abiertamente tendrán dificultades para solucionar las emociones que los estímulos externos, en esta dinámica de constante movimiento que es la vida, produzcan en ellos, llevándolos a estados de mayor caos, inseguridad e incluso ansiedad y depresión (Valdez-Medina, 2009).

Aceptar o rechazar abiertamente implica admitir con gusto y sin queja, lo que genera un sentimiento de ser bien vistos, valorados, que la persona es tomada en cuenta por los demás y que su existencia es útil ya sea a niveles generales o para alguien en específico; se recibe, entonces, tanto lo que se tiene como aquello de lo que se carece, sin conflicto alguno.

Por el contrario, rechazar abiertamente es vivir con queja, recibir con disgusto y de forma forzada lo que se tiene o lo que se carece, dando lugar al sentimiento

de que no se es lo suficientemente apto para ser elegido o seleccionado, que no se está cubriendo ninguna necesidad ni biológica ni psicosociocultural, lo que genera conflicto y hace permanecer en miedo por no contar con el recurso o no tener lo suficiente del satisfactor (Valdez-Medina, 2009).

De acuerdo con Valdez-Medina (2009), para lograr la aceptación o el rechazo, siempre se pasa por dos estrategias comportamentales de origen natural: la competencia y la comparación, las cuales serán aplicadas según la evaluación que la persona haga para saber cuál le servirá más para obtener los recursos que disminuyan su carencia o, en su caso, cuál es más útil para conservar lo que ya se tiene.

El enfrentarse con un rechazo en cualquiera de las esferas del desarrollo personal, ya sea hacia la construcción de la personalidad, la manera de llevar la vida, o a los estímulos externos e internos, provoca tener menores oportunidades para cumplir con los objetivos; por ello, en algunas ocasiones no se aceptan abiertamente los rechazos sufridos; el individuo comienza, entonces, a insistir por recuperar lo perdido o conseguir lo que no se logró obtener previamente, a manipular de diversas formas a quienes le rechazaron para que cambien de valoración y lo acepten, o bien, para evitarlo, eliminarlo, compensarlo o desaparecerlo.

Al no aceptar abiertamente el rechazo, se dificulta la posibilidad de regresar al estado de paz o equilibrio y sólo queda, para conseguir la aceptación de uno mismo y la de los demás, forzar las situaciones, engañar, mentir, aparentar, callar, reprimir o amenazar; es decir, controlar y tolerar, estrategias que irán introduciéndonos cada vez más en el círculo del miedo.

Es así como la tolerancia, para Valdez-Medina (2009), es un filtro de entrada de información que surge de algo que se recibe con disgusto y con lo que no se está conforme, o bien, con una aceptación de la que, se considera, no se es merecedor y por ello se rechaza. Para Valdez-Medina (2009) el control ha sido considerado como filtro de salida de información, siendo la base de la imagen que se quiere construir, todos los hombres son conscientes de tener ciertas características que no favorecen la consecución de los objetivos biológicos y psicosocioculturales, son características que por ello se esconden, se callan, se reprimen u ocultan, se finge que todo está bien, que los estímulos no afectan, que se está tranquilo, en equilibrio, en estado de paz.

Tanto los controles como la tolerancia surgen de la inconformidad que se tiene para uno mismo y para los demás, de los miedos que conllevan las carencias, ambas son estrategias para dar la apariencia de un bienestar físico y psicológico; sin embargo, éstas

traerán consecuencias desfavorables para la vida y las interacciones, ya que instalan a las personas de forma directa en un estado de desequilibrio, caos o entropía, donde se desarrollan los diferentes tipos y niveles de los miedos, además de que, al no aceptar abiertamente los estímulos a los que, en su constante movimiento, las enfrenta la vida, éstos provocarán que presenten reacciones biológicas desagradables que influirán en su comportamiento, las cuales se han conocido como emociones negativas.

En este sentido, el significado etimológico del término emoción hace referencia al impulso que induce la acción. Al mismo tiempo, en el área de la psicología, Goleman define la emoción como:

[...] la percepción de los elementos y relaciones de la realidad o la imaginación, que se expresa mediante alguna función fisiológica como cambios en la respiración, sudoración o en el pulso cardíaco, e incluye algunas reacciones de conducta como relajación, bienestar, ansiedad, estrés, depresión, agresividad o llanto (Goleman, 2012, p. 5).

Sobre esta misma línea, Rosenberg (1998) sostiene que la respuesta emocional surge de la evaluación y de la relevancia o importancia que el sujeto asigna a una situación estímulo, lo cual permite que el sistema experiencial, expresivo y fisiológico se coordinen hacia una meta específica.

Esta coordinación entre sistemas, de la mano de los criterios sociales, es decir, la socialización de las emociones, permite una clasificación de las emociones que va más allá de las tradicionales que las caracterizan como primarias y secundarias (Elster, 1999) o como biológicas y sociales (Reidl, 2005), dividiéndose así en emociones positivas y negativas.

En la Teoría de la paz o equilibrio las emociones son entendidas como las respuestas fisiológicas del organismo y de las cuales se derivan los sentimientos y los afectos (Valdez-Medina, 2009).

Es así que las emociones negativas y positivas, de acuerdo con Palmero *et al.* (2006), fomentan diferentes conductas útiles para la subsistencia y la adaptación tanto al medio ambiente como a la sociedad, siendo éstas el origen de conductas de empatía y apoyo a los demás, pero también de defensa de la persona o el territorio y de la evitación de las amenazas.

Las emociones positivas (agradables y placenteras, fuente de bienestar, relajación y felicidad) contribuyen a que las defensas naturales del cuerpo trabajen de forma

adecuada (Seligman, 1994). Por el contrario, de acuerdo con Valdez-Medina y Torres (2015), las emociones negativas contribuyen a la somatización y, en general, a la pérdida de la salud, cuyo resultado es el desgaste y la muerte.

En este sentido, Valdez-Medina y Torres (2015) definen a la emoción como un estado de alerta que muestra un organismo ante la presencia real o imaginaria de un estímulo sorpresa (nuevo o desconocido), o de uno significativo (ya conocido), que produce secreciones hormonales y preparan al organismo para la acción o movimiento.

De acuerdo con Valdez-Medina (citado en Alvarado *et al.*, 2014), las emociones negativas dejan un impacto más profundo en el individuo cuando éste no puede resolverlas. Así, se han identificado seis emociones negativas que por su frecuencia y dificultad de ser resueltas, se han considerado como centrales en la vida, las cuales nunca se experimentan de forma aislada, sino que siempre van relacionadas con alguna más y pueden dar origen a muchas otras:

- Frustración: es la respuesta que se presenta ante la imposibilidad de conseguir, conservar, evitar o desaparecer lo que se considera como un satisfactor o un impedimento para cumplir los objetivos.
- Odio: con sus distintos niveles, como enojo, ira o agresión, el odio es una respuesta que surge al identificar aquello que nos impidió conseguir o conservar un recurso, ante lo que estorba, interfiere u obstaculiza nuestros objetivos y por ello no nos permite evitar o desaparecer una amenaza o miedo.
- Envidia: se considera dentro de este término a la respuesta emitida cuando se identifica que se carece de lo que alguien más posee, bajo la creencia de que ese algo nos sería útil para ser mejores que nosotros mismos y que los demás, cuya obtención nos haría más competitivos, tendríamos más posibilidades de ser elegidos y nos colocaría en una posición jerárquica mayor.
- Celos: concebidos como el temor a perder algo que poseemos y que pensamos que nos da alguna ventaja ante los demás, nos posibilita conseguir nuestros objetivos y nos permite evitar las carencias y los miedos.
- Culpa: emoción que se experimenta al tener la sensación de que hemos cometido un error, que hemos dañado a alguien o no hemos actuado como se esperaba de nosotros, reacción que es caracterizada por la convicción de merecer castigo y que si no es resuelta, conduce al remordimiento.

- Vergüenza: que se define como la experiencia de detenimiento por el temor a fracasar, al no sentirnos capaces de conseguir, conservar, evitar o desaparecer algo, nos vemos paralizados con el fin de evitar el rechazo o la burla de los demás.

Los resultados reportados por Alvarado *et al.* (2014), en su investigación sobre la frustración, el odio y la culpa, mostraron que los factores de la vida que mayores emociones negativas causan en las personas son los ámbitos familiar, personal y de pareja, dimensiones que, por otro lado, son consideradas de gran importancia para el desarrollo de la personalidad y la permanencia en el círculo de la paz o equilibrio o, en su caso, en el círculo del miedo.

En el estudio de estas seis emociones, la evidencia empírica indica que existe una asociación con problemas de ansiedad, somatización y depresión (Torres, 2016 y Alvarado, 2014). Por otro lado, estas emociones también han sido asociadas con la comisión de delitos como homicidio, secuestro, violación y robo que se relacionan, de igual forma, con la personalidad en caos o entrópica (Ceballos, Valdez-Medina y González-Arratia, 2014).

Si bien, las emociones negativas como respuesta fisiológica ante las amenazas, son parte de la naturaleza del ser humano, las condiciones de vida en la época actual son propicias para el aumento de su frecuencia y dificultan su resolución.

De acuerdo con Valdez-Medina (2011), los avances tecnológicos y científicos que se han logrado en el campo de la medicina, con respecto a la esperanza de vida de los seres humanos, han alterado el equilibrio natural entre el número de nacimientos y muertes, dando pie a un problema de sobrepoblación; las personas cada vez viven más tiempo y pocos son los programas para mitigar la explosión demográfica; lo que ha hecho que alcanzar el objetivo de la supervivencia y conseguir los recursos necesarios para satisfacer nuestras necesidades, sea más difícil de conquistar. El destacar como objetivo psicosociocultural, es más difícil en la medida que los competidores aumentan. En la actualidad hay más personas queriendo alcanzar los mismos satisfactores, por lo que es más complicado tener, lo que hace que las carencias se agranden, generando mayores niveles de miedo y sometiéndolos con mayor facilidad en el círculo del miedo.

Esta problema de sobrepoblación incrementa la propensión a la competencia y la comparación; con ello se puede caer en un estado de ansiedad, debido a la alerta

permanente ante los estímulos externos e internos, sorpresa o significativos y facilita la aparición de manifestaciones depresivas, pues de manera más fácil se puede perder la esperanza de conseguir los objetivos, fomentándose así la construcción y desarrollo de una tendencia de personalidad entrópica y acrecentando la presencia de emociones negativas, al mismo tiempo que se dificulta su resolución.

Conscientes de la importancia de las emociones negativas y del efecto que su posible resolución o permanencia tienen para poder llevar una vida en paz o equilibrio o, por lo contrario, una vida en conflicto, caos o miedo, se planteó como objetivo de investigación detectar la presencia de emociones negativas básicas en adultos de ambos sexos de la ciudad de Toluca; con ello se pretende contar con información útil para el desarrollo de programas de intervención que faciliten el posicionamiento en el círculo de paz y mejoren con ello su calidad de vida.

MÉTODO

Diseño del estudio

Se trabajó con un diseño no experimental-transversal descriptivo.

Participantes

Se trabajó con una muestra no probabilística de tipo intencional, compuesta por 116 personas adultas entre 18 y 60 años, con una media de edad de 29 años, de las cuales 46.6% eran hombres y 53.4%, mujeres, asistentes al Programa de Promoción de la Salud Mental y atención en crisis de una universidad pública de la ciudad de Toluca, Estado de México.

En cuanto a las ocupaciones de los participantes, la mayoría eran estudiantes (50.9%); 20.7% refirieron dedicarse a un oficio; 18.1% fueron profesionistas, mientras que 10.3% contaba con un trabajo no remunerado.

En cuanto al estado civil de los participantes, 69% refirieron ser solteros; 24.1%, casados; 4.3% mencionó vivir en unión libre; 1.7% estaban separados, y 0.9% refirió ser viudo.

Instrumento

Se utilizó el Cuestionario de Autoevaluación de las Emociones Negativas desarrollado por Valdez-Medina en 2012, y validado a través de un jueceo por expertos, el cual alcanzó un acuerdo entre ellos mayor a 85%; consiste en una entrevista semiestructurada que permite detectar la presencia o ausencia de las seis emociones negativas (frustración, odio, celos, envidia, culpa y vergüenza), así como la resolución o no solución de las mismas en un pasado reciente de seis meses.

El instrumento considera seis factores correspondientes a cada una de las emociones negativas, explorando las características del estímulo detonador, las reacciones experimentadas por el sujeto y su posible resolución.

Procedimiento

La muestra fue contactada a partir de la divulgación del Programa de Promoción de la Salud Mental y Atención en Crisis de una universidad pública, al que las personas acuden de manera voluntaria por demandas emocionales. Cada sujeto firmó un consentimiento informado, pactando la confidencialidad de los datos proporcionados. La aplicación de los instrumentos se realizó de manera individual, en un cubículo asignado para dicha actividad, durante dos sesiones de una hora cada uno.

Resultados

De acuerdo con un análisis descriptivo relacionado con respuestas de los participantes, se observa que la mayoría de ellos reportaron haber tenido, en algún momento, al menos alguna de las emociones negativas indagadas y aún no haber conseguido su resolución, siendo la de mayor presencia los celos (89.7%), seguidos del odio (88.8%), la frustración (87.9%), la culpa (87.9%), la vergüenza (85.3%) y finalmente la envidia (84.5%) (tabla 1).

Tabla 1. Presencia de emociones negativas

	<i>Presencia de emociones negativas</i>		<i>No presentan emociones negativas</i>	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Celos	104	89.7	12	10.3
Odio	103	88.8	13	11.2
Frustración	101	87.9	15	12.1
Culpa	101	87.9	15	12.1
Vergüenza	99	85.3	17	14.7
Envidia	98	84.5	18	15.5

Fuente: elaboración propia.

DISCUSIÓN

De los resultados obtenidos por la aplicación del cuestionario de emociones negativas, se puede observar que la mayoría de los participantes presenta más de una de las emociones negativas propuestas en la Teoría de la paz o equilibrio (Valdez-Medina, 2009), resultados que concuerdan con lo reportado por Alvarado *et al.* (2014), y que nos dan indicadores que deben ser tomados en consideración debido a su injerencia en la construcción y desarrollo de una tendencia de personalidad entrópica o en caos.

En este sentido, Valdez-Medina y Torres (2015) mencionan que un estímulo genera secreciones hormonales y dependiendo de las experiencias previas, las condiciones en las que se presente y las características de personalidad del sujeto, dicho estímulo puede ser interpretado como positivo o negativo, dándole el nombre de alguna de las emociones.

Lo anterior concuerda con lo planteado por Valdez-Medina, González Arratia y González (2011), quienes indican que las condiciones actuales de vida y las exigencias psicoculturales a las que se enfrentan las personas, las hace propensas a los estados entrópicos, incrementando así las posibilidades de experimentar emociones negativas durante un periodo mayor. Afirmaciones que pueden ser observadas en el hecho de que la mayoría de los participantes refirieron haber experimentado y/o seguir experimentando al menos una de las emociones negativas básicas.

Al respecto, Valdez-Medina (2009) agrega que las emociones negativas no se presentan de forma aislada; al surgir uno o varios sucesos que originan una emoción negativa, éstos son asociados con otros eventos y contextos; de esta manera, el mismo suceso ocasiona enlaces entre las emociones negativas, presentándose simultáneamente más de una de ellas.

Lo anterior puede ser corroborado con los resultados obtenidos, ya que la mayoría de los participantes manifestaron presentar o haber presentado más de una emoción negativa generada a partir de un solo episodio de sus vidas que no lograron aceptar abiertamente.

El ciclo del círculo del miedo, según Valdez-Medina (2009), comienza debido a que no se acepta o se rechaza abiertamente algún evento de la vida, lo que da cabida a la tolerancia (aceptar algo que realmente se rechaza o rechazar algo que realmente se acepta), y lleva a las personas a experimentar alguna o más de una de las emociones negativas básicas, que de no resolverse esa emoción, puede conducir al individuo a sufrir somatización (Torres, 2016), ansiedad, desesperanza e incluso depresión (Alvarado *et al.*, 2014).

Los resultados de esta investigación son congruentes con lo reportado por Alvarado *et al.* (2014), quienes encontraron a la frustración como la emoción negativa con mayor presencia en sus análisis; de acuerdo con lo que reportaron en el instrumento, el total de los participantes refirieron haberla experimentado en algún momento de su vida, aunque la mayoría de ellos aún no la habían resuelto al momento de la investigación.

Al respecto, Valdez-Medina (2011) afirma que si no es posible solucionar la frustración, se busca identificar lo que impidió conseguir o evitar lo que se quería y una vez identificada esa situación, persona o cosa, se constituirá el odio que es una reacción, en diferentes grados, manifestada hacia la persona o cosa que se considera responsable de la no consecución del principal objetivo que es evitar el miedo y alcanzar el equilibrio.

En este sentido, Alvarado *et al.* (2014) destacan como la segunda emoción no resuelta al odio y como tercera emoción negativa la culpa. Señalan que los participantes refirieron tener presentes más de una de las emociones negativas exploradas, resultados todos coherentes con lo encontrado en la presente investigación y acordes con lo mencionado por Valdez-Medina (2011) respecto a que la escasez de recursos o satisfactores biológicos y psicosocioculturales complica la resolución de las emociones negativas.

De acuerdo con las entrevistas semiestructuradas aplicadas en la investigación, se comprueba que la dinámica de la culpa es producida cuando la persona supone que ella misma debe de ser castigada por algún hecho cometido o incluso por una omisión; ante esta condición, la persona puede buscar su propio daño, intentando así disminuir el sentimiento y esperando que el objeto de esta primera conducta negativa, no tome repercusiones contra él.

En otras palabras, esta emoción radica entre los dos polos instintivos, el que busca la construcción o la vida y el que se decanta hacia la destrucción, es decir, la muerte, representando así una doble valencia en pro de la búsqueda de recuperar la paz o equilibrio perdidos y salir de un estado entrópico, del círculo del miedo, para restablecernos en el círculo de la paz o equilibrio.

La presencia de envidia en 84.5% de los participantes, puede ser explicada tal como indica la Teoría de la paz o equilibrio (Valdez-Medina, 2009), como una emoción negativa surgida de la necesidad de tener, conseguir, conservar, acumular, evitar, no perder o recuperar un recurso o satisfactor de nuestras necesidades biológicas o psicosocioculturales. La identificación de nuestras carencias, al no ser aceptadas abiertamente, nos indica que no tenemos algo que el otro posee y que quisiéramos, logrando así ser más atractivos y tener mayores posibilidades de ser aceptados. La envidia se orienta, de acuerdo con las estrategias comportamentales naturales de comparación y competencia, por la necesidad de tener más que el otro, al que se considera rival en la búsqueda de la supervivencia, así como en ocasiones hacen tener conciencia de que se tiene, conserva o acumula algo que el otro quiere y que no se quiere perder para no carecer y ser por ello menos atractivo; es entonces cuando surgen los celos. Con la finalidad de que el otro no sea una amenaza para la persona, que no pueda competir con él, que no posea mayor estatus o jerarquía, de ser mejores que los demás, se trata de conservar lo que se tiene, colocando a la persona en una lucha por defender su territorio, todo aquello que le haga realmente falta o no para vivir.

Las emociones negativas, junto con la construcción y desarrollo de una tendencia de personalidad entrópica, colocan a las personas en un punto donde, debido a los temores que produce la carencia, no es posible aceptar o rechazar abiertamente, situándola dentro del círculo del miedo, enfrentándose así a la inseguridad, la duda, desesperanza y algunas de las reacciones del miedo como paralizarse, huir y esconderse, lo cual puede explicar la presencia de un alto porcentaje de personas

que en la investigación refirieron experimentar vergüenza, las cuales por el temor al fracaso, rechazo o burla, por no sentirse capaces de conseguir, conservar, evitar o desaparecer aquello que se pretende, no enfrentan las circunstancias que les presenta la vida.

Ahora bien, la Teoría de la paz o equilibrio (Valdez-Medina, 2009) propone que para que los individuos no lleguen a vivir en el círculo del miedo (causante de ansiedad, desesperanza y depresión), se debe contrarrestar la entropía que la psicociencia provoca. Esto a través del impulso de la aceptación personal que se da a través de la estrategia comportamental del ser en el hacer, donde se es lo que hace y hace lo que es, sin contradicción, con gusto y sin queja.

De este modo, las personas podrán dejar de sentirse comprometidas, realizarán las cosas no por una exigencia social, sino por una satisfacción personal, excluyéndose así la necesidad de tolerar o controlar, y lográndose la oportunidad de aceptar y rechazar abiertamente, con gusto y sin queja.

Los eventos que sucedan a la persona serán entonces aceptados o rechazados en un constante respeto a los demás que implica ser y dejar ser, sin imponer juicios de valor hacia uno mismo ni hacia el otro.

Con base en esta propuesta de cambio comportamental, se considera la posibilidad de que las personas se ubiquen en un estado de paz, que les reporte una mejor calidad de vida.

REFERENCIAS

- Alvarado, J., *et al.* (2014). Frustración, odio y culpa. Origen de la personalidad en conflicto. *Revista y Educación Internacional*, 4(7), 74-105.
- Ceballos, J., Valdez-Medina, J.L. y González Arratia, N. (2014). La presencia de emociones negativas no resueltas y su asociación con la comisión de un delito, en hombres sentenciados. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 17(2), 441-454. Disponible en <http://www.journals.unam.mx/index.php/rep/article/view/4699>
- Elster, J. (1999). *Alquimias de la mente: la racionalidad y las emociones*. España: Paidós.
- Goleman, D. (2012). *Cómo influyen las emociones en la salud*. Disponible en: <http://www.yogakai.com/goleman.htm>

- Palmero, F., *et al.* (2006). Certezas y controversias en el estudio de la emoción. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 9(23) y (24): 1-25.
- Reidl, L. (2005). *Celos y envidia: emociones humanas*. México: UNAM.
- Rosenberg, E.L. (1998). Level of analysis and the organization of affect. *Review of General Psychology*, 2, 247-270.
- Seligman, M.E. (1994). *What you can change and what you can't*. New York: Knopf.
- Torres, M. (2016). *Variables psicológicas y su asociación con la presencia de somatización y enfermedad* (Tesis doctoral). México: UAEM.
- Valdez-Medina, J.L. (2009). *Teoría de la paz o equilibrio: una nueva teoría que explica las causas del miedo y del sufrimiento, y que nos enseña a combatirlos*. México: EDAMEX.
- Valdez-Medina, J.L. *et al.* (2011). La personalidad entrópica. En Moral, J. *et al.* *Psicología y Salud*. México: CUMex.
- Valdez-Medina, J.L. y Torres, M. (2015). *Definición de emoción*. Seminario de Investigación. México.

ANSIEDAD Y SU ASOCIACIÓN CON EMOCIONES NEGATIVAS NO RESUELTAS

Jorge Alvarado Orozco
Sergio González Escobar
Norma Ivonne González Arratia López Fuentes
Soñía Rivera Aragón

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) refiere que la salud mental es un estado de bienestar continuo, que permite a la persona ser consciente de sus capacidades, contribuyendo así al bien de su comunidad. Sin embargo, esta organización reconoce que son diversas las razones por las que tal equilibrio se interrumpe, una de ellas son los trastornos mentales. Al respecto, Czernik *et al.* (2005) exteriorizan que la OMS calcula que 25% de la población mundial ha experimentado algún nivel de ansiedad. Según Kohn *et al.* (2004) esta cifra se agrava si se toma en cuenta que 57.5% de los individuos que presentan este trastorno, no reciben el apoyo terapéutico adecuado, ya sea por un mal diagnóstico o por la ausencia de tratamiento.

Respecto a México, Medina-Mora *et al.* (2005) señalan que cifras homónimas son proporcionadas por la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) de 2001, la que conforme a Espinosa, Orozco e Ybarra (2015), permitió observar que 28.6% de los encuestados presentó alguno de los 23 trastornos incluidos en el *Compendio Internacional de Enfermedades* en su décimo volumen (CIE 10). El trastorno que más prevalece es la ansiedad (14.3%), seguido por el de usos de sustancias (9.2%) y los de tipo afectivo (9.1%).

Lara *et al.* (2007), con base en la ENEP, hicieron una comparación entre individuos que padecían alguna enfermedad crónico-degenerativa (diabetes, artritis, hipertensión, cefalea, dolor de espalda), con aquellos que presentaban algún tipo de ansiedad o manifestación depresiva. Así, observaron que estos últimos mostraron mayor discapacidad en el área familiar, laboral y social. De igual forma, notaron que el estrés postraumático, fobia social y depresión produjeron mayor discapacidad en

el área familiar y social. Mientras que la depresión originó mayor incapacidad en el área laboral.

Además de la incapacidad laboral, familiar y social generada por la ansiedad, se suman otras repercusiones, como las que se reportan en diversos trabajos empíricos, como el de Scott *et al.* (2007), donde se indica que este trastorno influye en la adherencia al tratamiento clínico de los pacientes, al tiempo que aumenta su riesgo de muerte prematura. Pérez-Amezcuca *et al.* (2010) observaron que un estado ansioso incrementa la ideación suicida en adolescentes. Por su parte, Marín-Navarrete *et al.* (2013) se percataron de que existe comorbilidad entre este trastorno y la adicción a drogas legales e ilegales.

En el mismo orden, Noguera-Orozco *et al.* (2015) notaron que la ansiedad es un factor psicosocial que interviene para que los portadores de VIH retarden su tratamiento médico, lo que disminuye la efectividad de los retrovirales. Por su lado, Espinosa *et al.* (2015) advirtieron que un estado ansiógeno aumenta la posibilidad de solicitar una consulta médica externa o especializada, lo que origina gastos extra al sector salud. En el mismo sentido, Reyes, Betancur y Samaniego (2015) observaron que es común que las personas con sobrepeso presenten niveles de ansiedad, que al agudizarse, llevan al individuo a consumir alimentos para tranquilizarse.

Por su parte, Hessel, Borloti y Bender (2015) concluyeron que este trastorno afecta el rendimiento físico y cognitivo de los individuos cuando se saben evaluados, aun cuando se trata de tareas cotidianas, como manejar. En el mismo sentido, Pérez-Romero *et al.* (2016) advirtieron que la presencia de ansiedad lleva a otro tipo de conductas de riesgo para la salud, como sedentarismo y consumo de drogas. Asimismo, Montiel *et al.* (2016) observaron que la ansiedad incide en el bienestar emocional de las mujeres con carcinoma mamario, lo que aumenta su vulnerabilidad ante esa enfermedad.

Los datos anteriores son, para Borges *et al.* (2004), ejemplo de la importancia que tiene continuar ahondando en la génesis, incidencia, morbilidad y evolución de cualquier trastorno mental, pues no hacerlo, permitirá que éstos continúen con una alta prevalencia y cronicidad, perpetuándose, así, como un problema de salud pública.

Para Piqueras *et al.* (2009), en esa constante investigación que debe realizarse acerca de los trastornos mentales, la psicología tiene un papel relevante, pues mucho de lo que se sabe y de lo que puede llegar a conocerse, proviene de

entrevistas, autorreportes, procesos terapéuticos y psicometría; es decir, sigue siendo fundamental la explicación a detalle de lo que los individuos viven, experimentan, piensan, sienten y expresan.

Así pues, desde hace décadas, uno de los objetos de estudio de la psicología es la ansiedad; ello ha permitido el surgimiento de distintas aristas al abordar este trastorno, siendo uno de ellos el que intenta explicar su origen. Al respecto, Cervantes (2008) refiere que el primero que habló sobre éste fue Sigmund Freud, pues consideraba que este trastorno era determinante en la formación de los estados neuróticos y psicósomáticos. Así, en un primer momento, Freud (1936) dijo que la ansiedad era básicamente libido reprimida. Después, la consideró causa de la represión cuando había indicadores de peligro para el Ego. Posteriormente, manifestó que este trastorno surgía cuando el Yo se enfrentaba a estímulos que por su índole o intensidad no podía controlar.

Sullivan (1986), citado en Olivares (2005), concibió a la ansiedad como resultado de ideas y experiencias interpersonales, que en un primer momento surgían de las relaciones con una madre ansiosa y malevolente, y que más tarde eran reforzadas con el ridículo y el castigo social.

Watson y Rayner (1920, citados en Cervantes, 2008) opinan diferente, ya que para ellos la ansiedad es producto de un condicionamiento clásico, pues este trastorno sería la respuesta supeditada tras la presencia de estímulos condicionados, que en el pasado estuvieron asociados con hechos traumáticos no restringidos.

Spielberger (1980, citado en Serrano, 2008), en cambio, señala que este trastorno es como un ciclo compuesto de tres momentos: el agente productor de tensión, la percepción de la amenaza y el estado ansioso. Así, el proceso inicia con un evento interno o externo —agente productor de tensión— valorado negativamente —percepción de la amenaza—, lo que produce tensión física, miedo, nerviosismo, preocupación y sobreactividad del sistema nervioso autónomo, el cual genera cambios fisiológicos y conductuales; es decir, estado de ansiedad.

De forma similar, Monroe y Schachman (1979, citados en Martínez, 2003) refieren que la ansiedad surge tras el cumplimiento del siguiente ciclo: enfrentarse a una situación estresante (interna o externa), percibir el evento vivenciado, hacer una valoración del enfrentamiento, percatarse de la activación orgánica, la cual es más intensa si la evaluación es negativa, y la retroalimentación fisiológica y cognitiva del evento.

Por su parte, Fromm (1985, citado en Olivares, 2005) señala que la ansiedad es un conflicto propio del proceso de aceptación social y de individualización, que inicia con la separación de la madre y la tendencia a permanecer vinculado a ella, a través de ligas primarias de dependencia.

Otro postulado que ofrece una explicación sobre la génesis de este trastorno es la Teoría de la paz o equilibrio. En ella, Valdez-Medina (2009) señala que la vida está en movimiento, lo que lleva a las personas a enfrentar estímulos sorpresa —eventos nuevos— y estímulos significativos —sucesos ya conocidos—, los cuales alteran el equilibrio en que el individuo considera estar, lo que lo acerca a los distintos tipos de miedos y amenazas, al momento que lo aleja de los máximos objetivos a los que aspira el ser humano: aparearse con fines reproductivos —aspecto biológico—, y ser mejor que antes, que uno mismo y que los demás, para ser alguien en la vida —aspecto psicosociocultural—.

Ante esta situación, los sujetos actúan para evitar las secuelas de dichas carencias, lo que produce un resultado positivo o negativo según sus intenciones, por lo que surgen en ese momento dos posibilidades: la primera es la tendencia natural, que implica aceptar o rechazar con gusto y sin queja los resultados de sus conductas, lo que instauraría a la persona en un equilibrio similar del que partió, el cual es llamado el círculo de la paz, pues quien se ubica en él, experimenta paz, libertad, seguridad y tranquilidad, lo que aumenta su capacidad de concentración —hay menos problemas en qué pensar—, al tiempo que fortalece su sistema inmunológico, permitiéndole además ahorrar energía para desarrollar sus actividades.

Pero si el individuo en cuestión ha construido una personalidad entrópica, es factible que no acepte o no rechace con gusto y sin queja las consecuencias de sus actos, así como el estímulo sorpresa o significativo que enfrenta. Ello provocará que éste comience a tolerar —fingir aceptar algo que detesta o rechazar algo que en verdad acepta— y controlar —aparentar que todo está bien o mal—, lo que progresivamente le hará caer en el círculo del miedo, en el cual se experimenta: baja del sistema inmunológico, disminución de energía, baja concentración, estado de ánimo alterado, emociones negativas —frustración, odio, culpa, vergüenza, envidia y celos— y niveles de ansiedad.

Así pues, el presente estudio tiene como objetivo buscar evidencia empírica que refute o sustente el proceso que el círculo del miedo propone para explicar el origen de la ansiedad. Para ello, sólo se consideran tres emociones negativas: frustración, odio y culpa.

MÉTODO

Participantes

El total de participantes fue de 60 (30 hombres y 30 mujeres), elegidos mediante el muestreo no probabilístico intencional. Para ser incluidos en la muestra, éstos debían ser mayores de 18 años, firmar el consentimiento informado de participación y no tener un diagnóstico previo de ansiedad u otro trastorno mental.

Instrumentos

Los participantes de este estudio respondieron los siguientes instrumentos:

1. La subescala de frustración (integrada por 14 preguntas abiertas), odio (compuesta por 14 reactivos abiertos) y culpa (conformada por 21 interrogantes abiertas), del cuestionario de autoevaluación de las emociones negativas de Valdez-Medina (2012, citado en Torres, 2016), el cual tiene una validez derivada de un jueceo por expertos, con un acuerdo mayor a 85%. Estas subescalas permiten valorar la presencia, ausencia y cronicidad de las emociones negativas de frustración, odio y culpa.
2. Cuestionario de Evaluación de la Construcción y Desarrollo de una Personalidad Entrópica, elaborado por Valdez-Medina en 2009, se integra por 20 reactivos con opción de respuesta tricotómica, lo que permite valorar el nivel de caos o desequilibrio del individuo. Se indica que dicho cuestionario cuenta con una validez que explica 30.4% del constructo, y con una confiabilidad de .704.
3. Cuestionario de tendencias de personalidad de Valdez-Medina (2009), el cual se compone de cuatro interrogantes dicotómicas, contando con una validez conseguida mediante un jueceo por expertos, con un acuerdo mayor a 85%. Se señala que tal instrumento permite identificar la tendencia y dominancia de personalidad entrópica del individuo.
4. Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) de Díaz-Guerrero (1966), se compone de dos subescalas. La primera en ser aplicada es Ansiedad-Estado, la cual tiene una validez de $r .54$, así como un Alpha Cronbach de .80, estando integrada por 20 preguntas tipo Likert con cuatro opciones de respuesta. En

tanto que la subescala de Ansiedad Rasgo, se conforma por 20 ítems tipo Likert con cuatro opciones de respuesta, con una validez de $r .80$, y una confiabilidad de $.77$. Este instrumento permite valorar el nivel de ansiedad estado y ansiedad rasgo, que presenta la persona.

5. Entrevista semiestructurada. Ésta buscó indagar la ocurrencia de un estímulo sorpresa o significativo no superado, en el área familiar, personal, pareja y laboral/escolar.

Procedimiento

Firmado el consentimiento informado, cada persona asistió individualmente a dos sesiones, las cuales se efectuaron en un cubículo de la Facultad de Ciencias de la Conducta, de la Universidad Autónoma del Estado de México.

En el primer encuentro, respondieron los cuestionarios de frustración, odio y culpa para detectar si el participante había vivenciado la emoción negativa evaluada, si la emoción continuaba vigente, también para saber qué problema la generó y en qué área de su vida ocurrió. Asimismo, respondieron el cuestionario de evaluación de la construcción y desarrollo de una personalidad entrópica, a fin de conocer si el participante tendía hacia esta personalidad y el nivel en que lo hacía. En caso de ser así, contestaron el cuestionario de tendencias de personalidad para saber qué dominancia de Ego presentaban, así como su tipo.

En la segunda sesión, respondieron la escala IDARE, con la cual se buscó saber si el participante presentaba niveles de ansiedad. Posteriormente, se efectuó la entrevista, con la intención de corroborar lo que el participante había contestado en los cuestionarios; indagar sobre las emociones negativas que éste había presentado tras el problema más adverso que había enfrentado en su vida, así como para determinar si el participante consideraba que sus emociones negativas no resueltas se asociaban con sus niveles de ansiedad.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos fueron procesados de la siguiente forma: los datos recabados en la entrevista semiestructurada y los cuestionarios de emociones negativas,

se evaluaron a través de la numeración de frecuencia, la cual de acuerdo con Krippendorff (1997) es una técnica que forma parte del análisis de contenido, y que consiste en dividir el texto en categorías y subcategorías de análisis, anotándose un símbolo cuando las unidades elegidas aparecen. En tanto que los datos conseguidos con los instrumentos restantes, fueron valorados según las normas que cada uno de ellos establece.

El cuestionario de evaluación de la construcción y desarrollo de una personalidad entrópica, mostró que ambos sexos tendieron hacia una personalidad en caos, en un nivel medio y alto (tabla 1).

Tabla 1. Tendencia de personalidad entrópica de los participantes

<i>Tendencia de personalidad</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
	<i>F</i>	<i>F</i>
Baja	1	---
Media	16	16
Alta	13	14

Fuente: elaboración propia.

El cuestionario de tendencias de personalidad develó que la personalidad entrópica con dominancia Ego (-), fue la más frecuente en ambos géneros (tabla 2).

Tabla 2. Tendencias de personalidad de los participantes

<i>Tendencia de personalidad</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
	<i>F</i>	<i>F</i>
Ego (-)	22	22
Ego (+)	8	8

Fuente: elaboración propia.

El cuestionario de frustración mostró que tras el principal estímulo sorpresa o significativo que han enfrentado los participantes, todos desarrollaron frustración. De ellos, 51 no la habían resuelto, siendo los varones quienes la han experimentado por más años (tabla 3).

Tabla 3. Participantes que vivenciaron frustración a causa del principal estímulo sorpresa o significativo que enfrentaron

Sexo	<i>Participantes que resolvieron la frustración</i>	<i>Participantes que no han resuelto la frustración</i>	<i>Número de años experimentando frustración</i>
	F	f	
Hombres	7	23	8.40
Mujeres	2	28	7.38

Fuente: elaboración propia.

La entrevista realizada y el cuestionario de frustración, permitieron observar que las dificultades familiares y personales fueron las más frustrantes para los participantes. En las mujeres, esto se originó por la actitud del padre, haber abortado y por terminar una relación de pareja. En los varones, la frustración se debió a la actitud de su padre, por haber caído en el alcohol y por su falta de solvencia económica (tabla 4).

Tabla 4. Estímulos sorpresa o significativos que causaron frustración en los participantes

Categoría	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
	<i>Estímulo sorpresa o significativo</i>	<i>Subcategoría</i>
Familia	Actitud del padre, muerte de un familiar, actitud de la madre, actitud del hermano 29.16%	Actitud del padre, separación de los padres, acoso sexual de un tío, actitud del hermano, actitud de la madre, enfermedad de la madre, ser violada por un tío, muerte de un familiar, le ocultaron que es adoptada, engaño de sus padres, sus padres fueran agredidos 53.84%
Personal	Caer en alcohol y drogas, no pasar prueba de futbol, no tener una meta fija, presenciar un accidente, chocar, indisciplina, no imponer su hombría, estar solo 27.08%	Haber abortado, su apariencia física, perder el control, no tener seguridad 17.30%
Pareja	Su esposa posiblemente tenga un hijo de otro, su pareja abortará, no poder retener a su pareja, infidelidad 16.66%	Ruptura de la relación, infidelidad, su pareja no la ame 17.30%

Continúa...

<i>Categoría</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
	<i>Estímulo sorpresa o significativo</i>	<i>Subcategoría</i>
Laboral-escolar	Poder ser expulsado, ser víctima de bullying, no pasar examen de admisión, no conseguir trabajo 12.5%	Darse de baja de la escuela, bajas de calificaciones, no pasar examen de admisión 11.53%
Social	Ser víctima de abuso de autoridad, ser descubierto copulando, no ser regidor 10.41%	---
Económico	Falta de solvencia económica 4.16%	---

Fuente: elaboración propia.

Tras la aplicación del cuestionario de odio, se pudo ver que 54 participantes habían experimentado esta emoción. De ellos, 47 refirieron no haberlo resuelto, siendo los hombres quienes han vivido por más tiempo con esta emoción (tabla 5).

Tabla 5. Participantes que vivenciaron odio a causa del principal estímulo sorpresa o significativo que enfrentaron

<i>Sexo</i>	<i>Participantes que habían resuelto el odio</i>	<i>Participantes que no han resuelto el odio</i>	<i>Número de años experimentando odio</i>
	F	f	
Hombres	7	23	8.40
Mujeres	2	28	7.38

Fuente: elaboración propia.

A través del cuestionario de odio y la entrevista, se notó que la vivencia de estímulos sorpresa y significativos con la familia, en el área personal y con la pareja, generaron odio en ambos sexos. En este sentido, ellas señalaron sentir odio hacia su padre, inseguridad, rival de amores y hacia su carencia monetaria. Mientras que ellos indicaron odiar a su padre, a sí mismos, a su pareja, al rival de amores y hacia quienes los han hecho ver débiles (tabla 6).

Tabla 6. Sucesos, características o personas a quienes los participantes dijeron odiar

<i>Categoría</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
	<i>Estímulo sorpresa o significativo</i>	<i>Subcategoría</i>
Familia	Padre, madre, hermano, familia 36.36%	Padre, madre, hermano, ambos padres, madrastra, tío, falta de apoyo 42.10%
Personal	A sí mismo, indisciplina, miedo, timidez, inseguridad 27.27%	Inseguridad, impotencia, indisciplina, descontrolarse, su vida, vulnerabilidad, a sí misma 33.33%
Pareja	Pareja, rival de amores, incertidumbre provocada por su pareja 15.90%	Rival de amores, pareja 15.78%
Social	A la muerte, sujeto que lo lastimó, a Dios 11.36%	A sus vecinos, a quienes la juzgan 5.26%
Económico	Falta de solvencia económica 4.54%	Falta de solvencia económica 3.50%
Laboral-escolar	Compañeros que le hacían bullying 4.54%	---

Fuente: elaboración propia.

El cuestionario de culpa dejó ver que 51 participantes revelaron haber vivido esta emoción, tras vivenciar su principal estímulo sorpresa o significativo. De ellos, 40 reportaron no haberla solventado, siendo los varones quienes la han experimentado más años (tabla 7).

Tabla 7. Participantes que han vivenciado culpa tras el principal estímulo sorpresa o significativo que enfrentaron

<i>Sexo</i>	<i>Participantes que han resuelto la culpa</i>	<i>Participantes que no han resuelto la culpa</i>	<i>Número de años experimentando culpa</i>
	<i>F</i>	<i>f</i>	
Hombres	7	16	8.91
Mujeres	4	24	4.28

Fuente: elaboración propia.

A través del cuestionario de culpa y la entrevista, se observó que los problemas en el área familiar, personal y de pareja, generaron culpa en los participantes. En el caso de los hombres, se debió por fallarle a su familia, ser indisciplinados y por no poder ayudar a su pareja. En cambio, las mujeres sintieron esta emoción después de discutir con su padre, haber abortado, maltratar a su pareja y por ser interesadas (ver tabla 8).

Tabla 8. Estímulos sorpresa o significativos que causaron culpa en los participantes

<i>Categoría</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
	<i>Estímulo sorpresa o significativo</i>	<i>Subcategoría</i>
Familia	Fallarle a su familia, no poder ayudar a su mamá, confrontar a su mamá, odiar a su papá, no pasar tiempo con su abuela, no separar a su esposa de su familia 41.30%	Responderle a su papá, confrontar a su mamá, pelear con familiar, dañar a familiares, fallarle a su familia, los gastos que genera a su mamá, no poder ayudar a su mamá, golpear a su mamá, odiar a su hermano, separar a sus padres, no ayudar a su papá 63.63%
Personal	Su indisciplinación, no estar bien físicamente, declararse homosexual, haberse paralizado, su inseguridad, no ser precavido, ser indefenso 36.95%	Haber abortado, no cuidar su salud, dejarse influenciar, tener deseos sexuales 14.54%
Pareja	No poder ayudarla, ofenderla, su pareja fuera maltratada 13.04%	Haber tratado mal a su pareja, no poder retener al ser amado, romper con su pareja 10.90%
Social	Criticar a los demás, odiar a las personas 8.69%	---
Económico	---	Tener intereses materiales, no solucionar un problema económico 7.27%
Laboral-escolar	---	Indisciplina escolar 3.63%

Fuente: elaboración propia.

Los datos proporcionados por la entrevista semiestructurada y el IDARE, permitieron advertir que hay una tendencia de asociación entre la vivencia y no resolución

de frustración, odio o culpa, con la experimentación de ansiedad estado y rasgo, principalmente en un nivel medio, particularidad que se acentuó en las féminas (tabla 9).

Tabla 9. Niveles de ansiedad experimentados por los participantes

Nivel de ansiedad	<i>Participantes con emociones negativas no resueltas</i>				<i>Participantes con emociones negativas resueltas</i>			
	<i>Hombres</i>		<i>Mujeres</i>		<i>Hombres</i>		<i>Mujeres</i>	
	<i>A. Estado</i>	<i>A. Rasgo</i>	<i>A. Estado</i>	<i>A. Rasgo</i>	<i>A. Estado</i>	<i>A. Rasgo</i>	<i>A. Estado</i>	<i>A. Rasgo</i>
	f	F	f	f	f	f	F	F
Bajo	---	---	1	---	1	1	---	---
Medio	23	20	26	18	5	5	---	---
Alto	1	4	2	12	0	---	---	---

Fuente: elaboración propia.

DISCUSIÓN

Zorrilla (2001) señala que las investigaciones que aplican un método no probabilístico para elegir a su muestra, no pueden generalizar los resultados al universo del que fue extraída. Por lo tanto, debido a que en este análisis se utilizó el muestreo intencional, las inferencias efectuadas son válidas únicamente para la muestra con la que se trabajó.

Así pues, los resultados obtenidos permitieron encontrar evidencia empírica de dos de los supuestos de la Teoría de la paz o equilibrio. El primero es la secuencia que Valdez-Medina (2009) propone para explicar la génesis de la ansiedad, ya que este ciclo se cumplió en 90% de la muestra, pues a partir de un evento que los participantes no aceptaron ni rechazaron abiertamente, comenzaron a experimentar emociones negativas, las cuales consideraron ellos, se asociaban con los niveles de ansiedad que presentaban. Por el contrario, seis participantes varones dijeron haber resuelto las emociones negativas vivenciadas; sin embargo, su conducta durante la entrevista, así como los resultados obtenidos en los instrumentos mostraron lo contrario. Este hecho es para Hurlock (1987), Valdez-Medina, Díaz-Loving y Pérez (2006) evidencia de que los hombres son educados para ser tolerantes y poco comunicativos de su sentir, con el fin de no verse débiles.

Otro segmento de la Teoría de la paz o equilibrio, corroborado empíricamente, es el que postula que poseer una tendencia de personalidad entrópica origina adversidades. En este caso, la personalidad entrópica que poseen los 60 participantes mostró una asociación con niveles de ansiedad. Se señala que tal resultado, además de ser congruente con la teoría, incrementa los conocimientos previos que de ésta han proporcionado los estudios de Toribio (2012), Moral *et al.* (2012) y Torres (2013). Por ello, puede decirse que la personalidad entrópica, además de asociarse con infelicidad, baja autoestima y síntomas somáticos, también incide en la presencia de emociones negativas no resueltas y ansiedad.

En otro orden de ideas, los cuestionarios aplicados y la entrevista efectuada dejaron ver que en las mujeres fue más frecuente la presencia de frustración, odio y culpa, mientras que los varones experimentaron una mayor cronicidad en la vivencia de esas emociones. De acuerdo con Charbonneau (1997), esto se explica por las diferencias sexuales de ambos géneros, ya que la mujer es más sensible a los acontecimientos, lo que la vuelve tensa e hiperemotiva, en tanto que los hombres tienden a la tranquilidad, pues no se dejan llevar por sus emociones. Ahora bien, tales diferencias biológicas, conforme a Hurlock (1987), Valdez-Medina, Díaz-Loving y Pérez (2006) son fortalecidas por la familia, pues en éstas, las féminas son inducidas a ejercer su expresividad y comunicación, mientras que los hombres son encaminados a la tolerancia, el silencio y la autonomía. Forma de educación que acorde con Díaz-Guerrero (1982), es evidencia de que la familia mexicana continúa inculcando roles tradicionales.

Por otra parte, los resultados evidenciaron que los conflictos con los papás fueron los estímulos que más emociones negativas generaron en ambos sexos. Para Greer (2000), lo anterior se debe a la dinámica social vigente, en la cual, los hijos no valoran los esfuerzos de sus padres, lo que origina desprecio hacia ellos. En tanto que para González (2005), los inconvenientes constantes entre padres e hijos son consecuencia de la diferencia de intereses que hay entre éstos.

En este sentido, pudo distinguirse que las mujeres expresaron haber tenido más conflictos con sus padres. Acción que Díaz-Guerrero (2003) interpreta como consecuencia de la educación ambivalente que ellas reciben, pues se les indica que pueden dejar de obedecer ciegamente las órdenes familiares, pero al mismo tiempo se les exige que continúen respetando a las figuras de autoridad. Respecto a los conflictos de los hombres con sus padres, Montesinos (2002) indica que se deben a la instrucción

que reciben los varones de ser alejados y firmes con los demás, lo que con el paso del tiempo los lleva a tener inconvenientes con las figuras de autoridad.

Con base en los resultados mencionados, se puede considerar que la familia es, probablemente, uno de los grupos más violentos de la sociedad, debido a los miedos, emociones negativas y trastornos que puede originar en sus integrantes.

En el mismo orden de ideas, se observó que los conflictos personales fueron la segunda categoría que más emociones negativas generó, ya que ambos sexos se mostraron indisciplinados, débiles y sin objetivos en la vida. De acuerdo con Reed (1997), Cornell (1998) y Valdez-Medina *et al.* (2006), esta aflicción en los varones se debe a que uno de los principales roles que les corresponde es el de jefe de familia, lo que implica ser proveedor y protector, y para cumplir tales funciones necesitan un trabajo estable, pero las características que manifestaron tener los inhabilita para cumplir estos designios. Mientras que el autorreproche de las mujeres se explica por las exigencias por las que éstas atraviesan actualmente, ya que además de cumplir su rol tradicional, deben ser independientes y profesionistas exitosas, y las características que dijeron poseer les obstaculizaría alcanzar tales objetivos (Lagarde, 2000; Alazanes *et al.*, 2005).

Por otro lado, se observó que las dificultades en la relación de pareja fueron la tercera causa de emociones negativas. De acuerdo con Díaz-Loving y Sánchez (2002), esta incertidumbre se debe a que para la especie humana, este vínculo es esencial, ya que a través de éste se satisfacen las necesidades de amor y apareamiento. A lo anterior, Stassen y Thompson (2001) anexan el apego y protección que se consiguen en esta díada. Por ello, ante la posibilidad de perder tales beneficios, para Buss (2004) y Fisher (2004) es entendible que las personas expresen odio hacia su contrincante, pues éste les despoja de la exclusividad sexual y de recursos que tienen sobre su pareja, poniendo en riesgo su sobrevivencia, además de poner en tela de juicio su calidad como amante.

De igual forma, se apreció que los problemas escolares originaron emociones negativas no resueltas, las que acorde con Avanzini (1994) y Romo (2000), se debe a que como integrantes de la sociedad, saben que ésta valora a quienes tienen buen desempeño académico, al tiempo que desdeña a quienes fracasan en el mismo ámbito, pues se considera que fueron poco disciplinados, lo que les dificultará conseguir un buen empleo en el futuro. Valdez-Medina (2009) también opina que este hecho afectará al individuo para alcanzar el objetivo psicosociocultural por

excelencia: ser mejor que antes, que uno mismo y que los demás, para tener estatus y ser alguien en la vida.

REFERENCIAS

- Alazanes, J. *et al.* (2005). Sociedad y familia. En H. Oudhof, M.J. Morales y P. Troche (Eds.), *Memoria del foro "Familia y juventud"*. México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Avanzini, G. (1994). *El fracaso escolar*. Barcelona: Herder.
- Borges, G., Medina-Mora, M.E. y López-Moreno, S. (septiembre, 2004). El papel de la epidemiología en la investigación de los trastornos mentales. *Salud Pública de México*, 46(5). Recuperado de http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2004/num%205/el%20papel%20de%20la%20epidemiologia.pdf
- Buss, D.M. (2004). *La evolución del deseo*. Madrid: Alianza Editorial.
- Cervantes, L.A. (2008). *Nivel de ansiedad en niños de la escuela "15 de septiembre" de la ciudad de Toluca*. (Tesis de licenciatura inédita). Toluca: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Charbonneau, P.E. (1997). *Noviazgo y felicidad* (1ª reimp.). Barcelona: Herder.
- Cornell, D. (1998). *El corazón de la libertad, feminismo sexo e igualdad*. Madrid: Cátedra.
- Czernik, G., Almirón, L., Cuenca, E. y Mazzaro, B. (junio, 2005). Ansiedad y depresión en un barrio céntrico de la ciudad de Reconquista, Santa Fe. *ALCMEON*, 15(2). Recuperado de http://www.alcmeon.com.ar/12/46/04_Czernic.htm
- Díaz-Guerrero, R. (1966). *Tres contribuciones a la psicoterapia*. (2a. ed.). México: Trillas.
- Díaz-Guerrero, R. (1982). *Psicología del mexicano* (4ª ed.). México: Trillas.
- Díaz-Guerrero, R. (2003). *Bajo las garras de la cultura*. México: Trillas.
- Díaz-Loving, R. y Sánchez, R. (2002). *Psicología del amor: una visión integral de la relación de pareja*. México: Porrúa.
- Espinosa, M.C., Orozco, L.A. e Ybarra, J.L. (2015). Síntomas de ansiedad, depresión y factores psicosociales en hombres que solicitan atención de salud en el primer nivel. *Salud Mental*, 38, 201-208. doi: 10.17711/SM.0185-3325.2015.028
- Fisher, H. (2004). *¿Por qué amamos?* México: Taurus.
- Freud, S. (1936). *The problem of anxiety*. New York: W.W. Norton.
- González, E. (2005). *Padres, hijos y amigos, la educación de los adolescentes*. Madrid: CCS.

- Greer, G. (2000). *La mujer completa*. Barcelona: Kairós.
- Hessel, A., Borloti, E. y Bender, V. (2015). Ansiedade em Provas: um Estudo na Obtenção da Licença para Dirigir. *Psicologia: Ciência e profissão*, 36, 34-47. doi: 10.1590/1982-3703000592014
- Hurlock, B. E. (1987). *Psicología de la adolescencia*. México: Paidós.
- Kohn, R., Saxena, S., Levav, I. y Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ*, 82, 858-866. doi: 10.1590/S0042-96862004001100011
- Krippendorff, K. (1997). *Metodología de análisis de contenido, teoría y práctica* (1ª reimpr.). Barcelona: Paidós.
- Lagarde, M. (2000). *Los cautiverios de las mujeres; madre, esposa, monjas, putas, presas, y locas*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Lara, M.C., Medina-Mora, M.E., Borges, G. y Zambrano, J. (2007). Social cost of mental disorders: disability and work days lost. Results from the mexican survey of psychiatric epidemiology. *Salud Mental*, 30(5). Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/582/58230502/index.html>
- Marín-Navarrete, R. et al. (2013). Comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos en centros residenciales de ayuda mutua para la atención de las adicciones. *Salud Mental*, 36(6). Recuperado de <http://www.inprfcd.gob.mx/pdf/sm3606/sm3606471.pdf>
- Martínez, A.C. (2003). *Desarrollo y evaluación de un programa de musicoterapia, para reducir ansiedad en niños con tricotilomanía, que asisten al hospital del niño en Toluca* (Tesis de licenciatura inédita). Toluca: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Medina-Mora, M.E. et al. (2005). Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana. *Salud pública de México*, 47(1). Recuperado de <http://saludpublica.mx/insp/index.php/spm/article/view/6585/8122>
- Montesinos, R. (2002). *Las rutas de la masculinidad*. Barcelona: Gedisa.
- Montiel, V.E. et al. (2016). Síntomas depresivos en mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad. *MEDISAN*, 20(2). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S102930192016000200007&lng=pt&tlng=es
- Moral, J., Torres, M.A., Valdez-Medina, J.L. y González-Arratia, N.I. (2012). Tendencias de personalidad y síntomas somáticos. *PSICUMEX* 2(3). Recuperado de http://www.uson.mx/difusiondelacultura/revista_psicumex/2012/index.html#/50/

- Noguera-Orozco, M.J. *et al.* (2015). Factores psicosociales asociados con el inicio tardío de tratamiento antirretroviral en pacientes mexicanos con VIH. *Salud Pública de México*, 57(2). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10639892007>
- Olivares, R. (2005). *Niveles de ansiedad en nadadores juveniles del Estado de México, ante una competencia nacional a través del IDARE* (Tesis de licenciatura inédita). Toluca: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Organización Mundial de la Salud (2011). *Informe sobre el sistema de salud mental en México* [versión Dx Reader]. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_mexico_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Salud mental: un estado de bienestar*. Recuperado de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Pérez-Amezcuca, B. *et al.* (2010). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República Mexicana. *Salud Pública de México*, 52(4). Recuperado de <http://saludpublica.mx/insp/index.php/spm/article/view/6982/8941>
- Pérez-Romero, S. *et al.* (2016). Recesión económica (2006-2012) y cambios en el estado de salud de la población española. *Salud pública de México*, 58(1). Recuperado de <http://saludpublica.mx/insp/index.php/spm/article/view/7666/10476>.
- Piqueras, J.A., Ramos, V., Martínez, A.E. y Oblitas, L.A. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, 16(2). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134213131007>
- Reed, E. (1997). *Sexo contra sexo o clase contra clase*. México: Fontamara.
- Reyes, L., Betancur, J. y Samaniego, A. (2015). Ansiedad y depresión en personas con obesidad en Paraguay. *Salud y Sociedad*, 6(1). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=439742477003>
- Romo, Z. (2000). *Éxito y fracaso escolar, culpables y víctimas*. Bilbao: Monografías escuela española.
- Scott, K.M. *et al.* (2007). Depression-anxiety relationships with chronic physical conditions: Results from the World Mental Health surveys. *Journal of Affective Disorders*, 103, 113-120. doi: 10.1016/j.jad.2007.01.015
- Serrano, B. (2008). *La ansiedad ante los exámenes de los alumnos del Instituto Universitario Tercer Milenio, incorporado a la UAEM* (Tesis de licenciatura inédita). Toluca: Universidad Autónoma del Estado de México.

- Stassen, B.K. y Thompson, R. (2001). *Psicología del desarrollo: adultez y vejez* (4ª ed.). México: Panamericana.
- Toribio, L. (2012). *Autoestima, optimismo y personalidad entrópica como predictores de la felicidad en adolescentes* (Tesis de maestría inédita). Toluca: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Torres, M.A. (2013). *Características de personalidad en adultos que presentan síntomas somáticos* (Tesis de maestría inédita). Toluca: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Valdez-Medina, J.L. (2009). *Teoría de la paz o equilibrio*. México: EDAMEX.
- Valdez-Medina, J.L., Díaz-Loving, R. y Pérez, M.R. (2006). *Los hombres y las mujeres en México: dos mundos distantes y complementarios* (2ª ed.). México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Zorrilla, S. (2001). *Introducción a la metodología de la investigación* (25ª ed.). México: Aguilar León.

PROPUESTA DE MEDICIÓN DE LA DEPRESIÓN DESDE LA TEORÍA DE LA PAZ O EQUILIBRIO

Sergio González Escobar

Norma Ivonne González Arratia López Fuentes

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, y de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2018), actualmente la depresión afecta a 300 millones de personas, aproximadamente; es la principal causa de discapacidad; y en los casos graves, lleva a la persona que la padece al suicidio. En México, los resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (Rafful *et al.*, 2012) muestran que 9.2% de los mexicanos sufrieron un trastorno afectivo en algún momento de su vida. Mientras que en los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones (Medina Mora *et al.* 2014), se observa que 34% de los participantes presentaron uno o más síntomas de depresión durante el mes anterior al estudio; 13% mostró sintomatología depresiva severa, siendo más frecuente en mujeres que en hombres (17 y 8.5%, respectivamente). Los datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2019) indican que independientemente de la condición social o económica de las personas, la tendencia a sentirse deprimidas todos los días, aumenta conforme avanza la edad.

A pesar de que existen tratamientos farmacológicos y psicológicos eficaces para su tratamiento, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) refiere que más de la mitad de las personas que la padecen no reciben tratamiento. Entre muchas razones, dos de las más importantes son el estigma social que representa padecer un trastorno social, así como la falta de recursos y experiencia en la identificación de la misma por parte del personal médico, quienes pueden diagnosticar depresión e indicar tratamiento con antidepresivos cuando no es pertinente, o no diagnosticarla cuando se tienen los criterios suficientes para hacerlo.

Ahora bien, para su identificación se emplean diversas técnicas, como la entrevista, la observación, las pruebas proyectivas y en el mejor de los casos los test psicométricos, ya que permiten una apreciación más objetiva de dicho trastorno. En este sentido, los

más empleados en México para medir la depresión han sido la Hamilton Rating Scale for Depression (Hamilton, 1960), el Beck Depression Inventory (IDB, Beck *et al.*, 1961); la escala de autoevaluación de la depresión de Zung (Zung, 1965); la escala del Centro de Estudios Epidemiológicos (Radloff, 1977); el inventario multifásico de la personalidad de Minnesota (Hathaway y Mckinley, 1967) y su versión revisada para muestras mexicanas conocida como MMPI-2 (Gómez-Maqueo y Reyes-Lagunes, 1994); la escala tetradimensional (Alonso-Fernández, 1986), y el *Symptom Check List (SCL) o SCL-90* (Derogatis, Lipman y Covy, 1973).

Si bien estos instrumentos han sido de utilidad, las investigaciones muestran estructuras factoriales distintas a los de la población en la que fueron creados (Dennis, Ferguson y Tryer, 1992), algunas investigaciones muestran deficiencias metodológicas importantes, como la selección inadecuada de los participantes (Gutiérrez, 1994); los factores obtenidos de los instrumentos no corresponden con las manifestaciones clínicas de la depresión (Feinberg y Carroll, 1972), o en virtud de que los indicadores son obtenidos por parte de las observaciones realizadas por los expertos, el mundo subjetivo de las personas con depresión no es tomado en cuenta (Gastó, 1991). Asimismo, son pruebas elaboradas en culturas individualistas (norteamericana), y se aplican a culturas colectivistas (mexicana) en las que por supuesto el factor cultural es determinante al abordar la depresión. Ejemplo de ello es el indicador orientado a la actividad sexual de los participantes en la escala de Beck *et al.* (1961), puesto que mientras que en la cultura norteamericana su expresión es más abierta, en la mexicana, hablar sobre este tema sigue siendo tabú; por lo que en muchos casos las personas evitan contestarlo; además, un gran número de ellas desconoce el significado de libido.

La psicología se ha dedicado a la investigación de fenómenos o entidades patológicas diversas, como la depresión, que si bien su estudio ha manifestado avances, existe hasta el momento la dificultad en la forma en que se evalúa; entendiendo por evaluación la posibilidad de obtener una medición en la que se pueda llevar a cabo una comparación entre las características que se miden (Nunnally, 1987). En México, como en otros países en vías de desarrollo, se ha observado que en último de los casos, los instrumentos de evaluación empleados son traducciones o adaptaciones de pruebas extranjeras, careciendo con esto de la confiabilidad y validez requeridas (Reyes-Lagunes, 1993). Aunado a esto, se encuentra el hecho de que adaptarlas a un contexto cultural que no es al que corresponde, tiene

como consecuencia que el instrumento no sea lo suficientemente sensible como para detectar las características en la población y mida de manera imprecisa lo que supuestamente está midiendo.

Ante estos hechos y de acuerdo con Reyes-Lagunes (1993), es indispensable crear pruebas psicológicas en las cuales se obtengan muestras representativas de las conductas donde se reflejen las características que se pretendan medir y que, además, las manifestaciones conductuales muestren las características específicas (Émic) de la cultura en la que sean elaboradas.

ANTECEDENTES

Ante esto, se considera necesario generar un instrumento que refleje las manifestaciones de la depresión en muestras mexicanas y que pueda cubrir las deficiencias mencionadas.

Instrumentos para medir depresión, validados en México

Antes de mencionar cuáles son los instrumentos que han sido más utilizados para medir la depresión en muestras mexicanas, cabe señalar que existe una serie de criterios a tomar en cuenta al momento de seleccionar qué instrumento emplear.

En primer lugar, habrá que identificar si es autoaplicado; es decir, el paciente es quien lo contesta, o heteroaplicado, cuando existe un aplicador que elabora las preguntas, y con base en la respuesta que da el paciente y lo que el experto observa, es la puntuación que se registra. En el primer caso, el problema más grave es la deseabilidad social por parte de quien responde, mientras que en el segundo es la posibilidad de que quien realice la aplicación, carezca de experiencia al registrar sus observaciones.

Esto lleva a un segundo criterio a tomar en cuenta: la calificación de los ítems; al ser en su mayor parte escalas de nivel nominal, existe la tendencia de emplear valores extremos o intermedios. En tercer lugar se encuentra el nivel de inferencia; en este caso, las escalas conductuales tienen la ventaja de obtener una confiabilidad alta entre observadores; sin embargo, los costos y el tiempo requerido son elevados. Por otra parte, las escalas propiamente dichas, con un nivel alto de inferencia, presentan

la tendencia a evaluaciones excesivamente ancladas, sentimientos y patrones conductuales habituales, más que en considerar únicamente el momento actual.

Propósito de evaluación

Una tercera consideración, respecto a los instrumentos, es el motivo de evaluación; en ese sentido, casi todos los instrumentos se han diseñado para evaluar la intensidad de los síntomas depresivos. Pero en ocasiones, el propósito no ha sido éste, sino observar los cambios a través del tratamiento. Esta sensibilidad al cambio es un parámetro que ha recibido poca atención (Salamero *et al.*, 1994).

Además de evaluar el nivel de depresión, se han empleado, para la detección de casos en estudios epidemiológicos, preferentemente los instrumentos autoaplicados, ya que implica un menor costo. Los resultados son bajos debido a que se reportan muchos casos de falsos positivos, lo que muestra una baja sensibilidad de los instrumentos.

Población destinataria

Una pregunta importante a considerar es: ¿a quién va dirigido el instrumento que se va a aplicar? La edad por ejemplo es fundamental, ya que no hay duda de que tanto en la infancia como en la vejez existen diferencias significativas en la manifestación de los síntomas depresivos; el nivel cultural, intelectual, social, entre otros, deben ser tomados en cuenta.

Amplitud y contenido de los instrumentos

El último punto de interés a considerar es la amplitud y el contenido de los instrumentos. En muchas situaciones clínicas es difícil sostener la utilidad de la evaluación de la sintomatología depresiva si no se incluyen otras dimensiones psicopatológicas. Por ejemplo, en la distinción entre ansiedad y depresión en los trastornos no psicóticos es importante; en ese sentido, algunos instrumentos combinan ambas dimensiones.

Desafortunadamente las correlaciones entre la evaluación psicométrica de la ansiedad y la depresión son muy altas. El solapamiento entre ambas no se puede atribuir necesariamente a una deficiente instrucción del instrumento, sino a la mala delimitación de los síndromes clínicos.

El objetivo de la presente investigación fue generar un instrumento que mida la depresión, derivado del modelo teórico de la paz o equilibrio (Valdez-Medina, 2009), y que cuente con propiedades psicométricas adecuadas para ser empleado en población mexicana.

MÉTODO

Participantes

En este estudio se trabajó con una muestra no probabilística de tipo intencional, conformada por 630 sujetos, divididos en dos grupos; al primero se le denominó “no clínica” bajo la premisa de que no habían recibido atención psicológica o psiquiátrica; estuvo constituida por 537 sujetos, habitantes de la ciudad de Toluca, Estado de México. La cantidad de participantes obedece al criterio planteado por Nunnally (1987), que refiere que en la construcción de un instrumento se requiere por lo menos de cinco por indicador.

Respecto al sexo, 267 (49.7%) fueron hombres y 270 (50.3%), mujeres. La edad osciló entre los 20 y 40 años (Media = 28.38 y D. E. = 6.27). Respecto a su estado civil, 308 (57%) son solteros y 229 (43%), casados. En cuanto a la escolaridad, 59 (10.9%) terminaron la primaria; 135 (25.1%) concluyeron la secundaria; 168 (31.3%) tenían estudios de preparatoria o equivalente; mismo número y porcentaje se presentó para quienes cuentan con estudios de licenciatura; por último, 7 (1.3%) tienen estudios de posgrado. En relación con la actividad que desempeñaban al momento del estudio fue: profesionista, 60 (11.2%); docente, 20 (3.7%); empleada, 145 (27%); estudiante, 108 (20.1%); técnico, 22 (4.1%); obrero, 33 (6.1%); comerciantes, 41 (7.6%); ama de casa, 65 (12.1%); desempleados, 2 (.4%); oficio, 34 (6.3%), y campesino, 7 (1.3%).

Al segundo grupo se le llamó “muestra clínica”, debido a que en el momento de la investigación acudían a su primera atención al área de consulta externa de los hospitales psiquiátricos, ubicados en el Estado de México. Estuvo conformada

por 93 participantes que debían presentar algún trastorno de acuerdo con criterios diagnósticos del DSM-IV o ICD-10. Aun cuando la intención original era lograr por lo menos 150 participantes, no fue posible debido al solapamiento de diagnósticos presentados.

Respecto al sexo, 37 (39.8%) fueron hombres y 56 (60.2%), mujeres. La edad oscila entre los 20 y 40 años de edad (media = 29.89 y D.E. = 6.48); por estado civil 55 (50.6%) son solteros y 46 (49.4%), casados; en cuanto a la escolaridad 16 (17.2%) tenían sólo la primaria; 48 (51.6%), secundaria; 17 (18.3%), estudios de preparatoria y 12 (13%), licenciatura. Las actividades a las que se dedicaban fueron: profesionistas, 3 (3.2%); docencia, 2 (2.2%); empleado, 37 (39.8%), estudiantes, 7 (7.5%); técnico, 1 (1.1%); obrero, 5 (5.4%); comerciante, 6 (6.5%); ama de casa, 19 (20.4%); 7 (7.5%) se dedicaban a algún oficio; 1 (1.1%), campesino y 5, desempleados (5.4%).

Instrumento

En primera instancia, para la elaboración del instrumento se revisaron los existentes, analizando las dimensiones que comprendían, sus indicadores, propiedades psicométricas y estudios de validación realizados en México. Posteriormente, mediante la aplicación de la técnica de redes semánticas naturales, a muestras de médicos, psicólogos, muestras clínicas y no clínicas, se indagó sobre las manifestaciones de la depresión. A los primeros, en su calidad de expertos (demostrada a través de la experiencia en atención a este tipo de pacientes en clínicas de salud mental), se les pidió que respondieran a los estímulos: ¿qué sienten las personas cuando están deprimidas?, ¿qué hacen las personas cuando están deprimidas? y ¿qué piensan las personas cuando están deprimidas? A la muestra no clínica (población abierta) y clínica (pacientes atendidos por depresión en instituciones de salud mental), se les pidió que respondieran los estímulos: ¿qué haces cuando estás o has estado deprimido(a)?, ¿qué sientes cuando estás o has estado deprimido(a)? y ¿qué piensas cuando estás o has estado deprimido(a)? Con las definidoras proporcionadas por todos los participantes y observando su semejanza con los indicadores de los instrumentos existentes, se seleccionaron los que tuvieron mayor frecuencia de ocurrencia, siendo un total de 104. Con ellos se elaboró una escala tipo Likert, con cuatro opciones de respuesta (en función del número de días en lo que manifiesta el indicador de 5-7 con valor de 4,

3-4 con valor de 3, 1-2 con valor de 2 y por último 0 con valor de 1), ya que fueron contestados a partir de la pregunta general de: ¿cuántos días durante la última semana presenta el indicador?

Se emplea como criterio “el número de días durante la última semana”, emulándolo de la escala del Centro de Estudios Epidemiológicos (Radloff, 1977), que señala también el número de días, bajo el argumento de que los sujetos al responder al reactivo “últimamente” pueden referirse a rasgos caracteriales estables, más que al estado actual (Mullaney, 1987). Por otro lado, la escala de Beck (1961) plantea como criterio “semana pasada, incluso hoy”, que es similar a la propuesta sólo que se delimita más al especificar la cantidad de días.

Procedimiento

Para aplicar los instrumentos a la población no clínica se acudió a los domicilios particulares de los participantes. Se les dio a conocer los objetivos de la investigación y lo que se esperaba de ellos, por lo que se les invitó a que participaran. Una vez obtenido su permiso, se les daba un cuestionario y se les leían las instrucciones; si no había dudas, se les proporcionaba el tiempo suficiente para contestarlo (25 minutos aproximadamente). En general, lo hacían en un espacio dentro de la casa que tenían para el estudio. Una vez contestado, se revisó para que no hubiera algún reactivo sin respuesta: de ser así, se pedía que lo contestaran, al concluir se les agradecía su participación.

Las aplicaciones para la población clínica se realizaron en los cubículos que destinaron los directores de los hospitales psiquiátricos. A todos se les invitó a participar de manera voluntaria y sin que su tratamiento estuviera condicionado a su participación. Una vez obtenido su consentimiento, se les dio un cuestionario, se leyeron las instrucciones y se les proporcionó el tiempo suficiente para ser contestado (30 minutos). Al concluir, se revisó que todos los reactivos estuvieran contestados y se agradeció su participación.

Se realizaron los siguientes análisis estadísticos:

1. Se aplicó una prueba de análisis factorial con rotación Varimax y valores Eigen mayores a uno y cargas factoriales mayores a .40, para obtener los factores o

dimensiones del concepto de depresión y mostrar la validez alcanzada por el instrumento.

2. Con los factores obtenidos se realizó una correlación producto momento de Pearson para observar la dependencia e interdependencia de los factores.
3. Se aplicó un análisis de Alpha de Cronbach, tanto para la prueba total como por factor, lo que permite obtener el nivel de confiabilidad del instrumento, así como de cada uno de los factores que se obtuvieron.
4. Se realizó un análisis de segundo orden para confirmar la estructura factorial obtenida.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos del análisis factorial mostraron una estructura compuesta por seis factores que explicaron 37.152% de la varianza total. Al primer factor se le llamó Afectividad Negativa (AF); al segundo, Somático (SOM); al tercero, Autovaloración Negativa (AN). Al cuarto Aislamiento (A); al quinto, Afectivo-Coraje (A-C), y al último, Pensamientos Orientados a la Muerte (POM) (tabla 1).

Tabla 1. Resultados obtenidos a partir del análisis factorial con rotación Varimax

	<i>Reactivos</i>	<i>Factores</i>					
		AF	SOM	ACN	A	A-C	POM
1.	Inseguro (a)	.723					
2.	Desmotivado (a)	.722					
3.	Desamparado (a)	.712					
4.	Sin esperanza	.703					
5.	Despreciado (a)	.694					
6.	Insatisfecho(a)	.664					
7.	Decepcionado (a)	.662					
8.	Culpable	.662					
9.	Inútil	.660					
10.	Impotente	.650					
11.	Intranquilo (a)	.644					
12.	Frustrado (a)	.627					

Continúa...

	<i>Reactivos</i>	<i>Factores</i>					
		AF	SOM	ACN	A	A-C	POM
13.	Impaciente	.621					
14.	Decaído (a)	.620					
15.	Desganado (a)	.616					
16.	Angustiado (a)	.611					
17.	Desanimado (a)	.610					
18.	Desolado (a)	.609					
19.	Desesperado (a)	.606					
20.	Amargado (a)	.578					
21.	Solo (a)	.566					
22.	Afligido (a)	.556					
23.	Triste	.529					
24.	Temeroso (a)	.529					
25.	Miedo	.511					
26.	Desilusionado (a)	.492					
27.	Nostalgia	.443					
28.	Celoso (a)	.431					
29.	Sensación de ahogo		.710				
30.	Presión en el pecho		.709				
31.	Zumbido de oídos		.698				
32.	Sensación de desmayo		.683				
33.	Sofocos o escalofríos		.675				
34.	Taquicardia		.663				
35.	Cansancio muscular		.653				
36.	Visión borrosa		.644				
37.	Despierta antes de lo que acostumbra y no puede volver a dormir		.638				
38.	Cuerpo entumecido		.636				
39.	Náuseas		.632				
40.	Tiene la boca reseca		.611				
41.	Despierta en varias ocasiones durante la noche		.586				
42.	Al irse a dormir le cuesta trabajo conciliar el sueño		.586				
43.	Dolor del cuerpo		.585				

Continúa...

<i>Reactivos</i>	<i>Factores</i>					
	AF	SOM	ACN	A	A-C	POM
44. Cansa fácilmente		.581				
45. Dolor de cabeza		.577				
46. Dolor de pecho		.574				
47. Anda somnoliento		.536				
48. Estreñimiento		.522				
49. Creo que nada me importa			.670			
50. Morir es lo mejor que me puede pasar			.638			
51. Pensé quitarme la vida			.631			
52. Todo lo que pasa es mi culpa			.623			
53. Me parece que soy un inútil			.592			
54. Creo que no valgo nada			.539			
55. Creo que soy un fracasado			.537			
56. Creo que las cosas suceden por culpa mía			.534			
57. Considero que soy un estorbo			.527			
58. Creo que estoy desadaptado			.500			
59. Traicioné la confianza de los demás			.471			
60. El trabajo no me interesa			.420			
61. Me aíso				.573		
62. Me encierro				.508		
63. Soy indiferente con los demás				.500		
64. Evado a la gente				.489		
65. Busco estar solo				.466		
66. Soy distante con la gente				.458		
67. Evito hablar con la gente				.420		
68. Coraje					.615	
69. Rencor					.558	
70. Enojado (a)					.539	
71. Odio					.459	
72. Me quisiera morir						.677
73. Creo que sería mejor estar muerto						.571
74. He pensado en suicidarme						.513
75. La vida no tiene caso						.451

Fuente: elaboración propia.

Los índices de consistencia interna obtenidos a través del método de Alpha de Cronbach fueron adecuados, siendo el total de .9730 (tabla 2).

Tabla 2. Varianza explicada e índices de consistencia interna Alpha de Cronbach

<i>Factor</i>	<i>Varianza explicada</i>	<i>Alpha de Cronbach</i>
Afectividad negativa	13.108	.9583
Somático	9.992	.9416
Autovaloración negativa	5.876	.8898
Aislamiento	3.191	.8179
Afectivo-coraje	2.527	.8067
Pensamientos orientados a la muerte	2.458	.7942
Total	37.152	.9730

Fuente: elaboración propia.

Con los factores resultantes se realizó una prueba de correlación producto momento de Pearson para observar la independencia-interdependencia de los factores. Los resultados demostraron correlaciones positivas y estadísticamente significativas (tabla 3).

Tabla 3. Resultados obtenidos a partir de la correlación entre factores

<i>Factores</i>	<i>AN</i>	<i>SOM</i>	<i>ACN</i>	<i>A</i>	<i>AF-C</i>	<i>POME</i>
AN	1.000	.622**	.606**	.590**	.744**	.536**
SOM		1.000	.529**	.544**	.559**	.409**
ACN			1.000	.594**	.494**	.678**
A				1.000	.494**	.559**
AF-C					1.000	.368**
POM						1.000

* = sig. 0.05, ** = sig. 0.01

Fuente: elaboración propia.

Los resultados obtenidos a partir del análisis factorial confirmatorio arrojaron un solo factor que explicaba 63.07% de la varianza (tabla 4).

Tabla 4. Resultados del análisis factorial confirmatorio del segundo análisis

<i>Depresión</i>	
Afectividad negativa	.851
Somático	.811
Autovaloración negativa	.801
Aislamiento	.769
Afectivo-coraje	.764
Pensamientos orientados a la muerte	.726
<i>Varianza total</i>	<i>63.07</i>

Fuente: elaboración propia.

DISCUSIÓN

A través del desarrollo de la presente investigación se pudo constatar que de acuerdo con el instrumento que se realizó, la depresión se compone de cuatro áreas fundamentales: afectiva, somática, cognitiva y conductual. Polaino y Vázquez (1981) consideraban otras dimensiones que formaban parte de la depresión donde incluían alteraciones del pensamiento, la percepción, el lenguaje, las experiencias espacio-temporales, así como una sensación de enfermedad que llevaba a tener una baja en las actividades, en la interacción social y de energía en las personas, lo que les provocaba una conducta disfuncional. Estos autores, más que determinar las áreas que conformaban a la depresión, hicieron hincapié en los trastornos o padecimientos asociados; por ello mencionaban, por ejemplo, el conjunto de alteraciones del pensamiento, lo cual no es que sea un área específica, sino que es un trastorno y su vínculo con otros componían la depresión. Contrario a lo que sucede con el instrumento elaborado, donde las áreas están conformadas por diversos tipos de síntomas.

Asimismo, Fernández (1989) señaló que la depresión estaba compuesta por un humor depresivo, lo que en los resultados se ubicó dentro del área afectiva; una serie de manifestaciones físicas, que se ubicaron en el área somática, así como una falta de comunicación y de energía, localizadas en las áreas cognitiva, conductual y primordialmente afectiva.

De las áreas encontradas, y por la cantidad de reactivos que la componen, se observó que una importante es la afectiva. En este sentido, Agudelo *et al.* (2005) han determinado que la dimensión afectiva en la depresión determina de

manera más directa el surgimiento, la aparición y la expansión de la depresión a las demás áreas de la vida de la persona. De ésta, proviene la autoagresión, la autodevaluación y dolorosa percepción que tiene el sujeto de sí mismo, cuando es incapaz de solucionar sus problemas. Todo parece indicar que al ser consciente de esta incapacidad, cae en desesperanza, y ello lo lleva a experimentar una falta de afecto no sólo por el otro o por la situación que no puede resolver, sino por sí mismo (Valdez-Medina, 2009).

Cuando es constante este tipo de experiencias, la reacción inicial del sujeto será ansiedad, nerviosismo por resolver el problema; después ante la incapacidad de resolverlo y al ir conteniendo, reprimiendo la desesperanza que siente, producto de su incapacidad, dejará de ser reprimida y se expresará de cualquier forma (Valdez-Medina y Pérez, 2004), pudiendo mostrarse en eventos de carácter somático tales como problemas estomacales, alteraciones del sueño, falta de concentración; en aspectos conductuales como la falta de interacción, de armonía, de gusto por la vida, de participación y optimismo o con muestras de tristeza y de enojo continuo; por el lado cognitivo, mostrará una falta de concentración, de ideas claras y una confusión continua.

En ese sentido, al igual que el cáncer que aparece en una primera célula y después hace metástasis hasta regarse por todo el organismo, la depresión puede comenzar por un simple pensamiento, un afecto, una incapacidad de solucionar un problema por mínimo que sea y generalizarse a todas las áreas de la psique de la persona. Ya que la información que tiene cada uno de los seres humanos está totalmente integrada y por una sola idea, un pensamiento, un afecto, una incapacidad, una desesperanza, se puede empezar a esparcir a todas las ideas y generar un problema fuerte de depresión (Valdez-Medina *et al.*, 2019).

Respecto de los resultados obtenidos, encontramos un área somática, lo que implica que la depresión es un problema somático; esto corresponde con lo planteado por Caraveo-Anduaga, Colmenares y Saldívar (1999), al señalar que la aproximación que hacen los médicos hacia la depresión es como una enfermedad que requiere de un alivio sintomático. Mientras que quienes la padecen no son capaces de identificarla y expresan únicamente los malestares físicos como cefaleas, estreñimiento, cansancio muscular o dolores de espalda, lo que genera a la larga un recorrido en busca de ayuda con médicos, sacerdotes, curanderos y muy rara vez de profesionales en salud mental (Caraveo-Anduaga *et al.*, 1997).

Con base en lo anterior, es de suma importancia, si se quiere brindar una atención integral a quien padece de depresión, se capacite en los centros de salud de manera permanente a los médicos, además de realizar campañas de difusión, para la población general, sobre las manifestaciones de la depresión, de tal forma que sean capaces de identificarla y buscar la atención más adecuada (Crowe *et al.*, 2006).

Por su parte, los psicólogos consideran que la depresión es un evento fundamentalmente psicológico donde intervienen de manera conjunta los elementos cognitivos y afectivos. Esto no está lejos de lo encontrado, ya que en esta investigación se detectó que el área más fuerte es la afectiva, en la que el sujeto tiene un evento que no puede resolver y que comúnmente está ubicado en el pasado, ya que la depresión tiene una relación directa con éste (Beck, 2005; Carrasco, 2018; Greenberg y Padesky, 1998).

Ahora bien, los resultados indican que los elementos nucleares de la depresión son el miedo, la soledad, la tristeza, el llanto, el aislamiento, dormir y comer en exceso o dejar de hacerlo, sentirse incomprendidos, así como pensar en la muerte. Resulta muy interesante darse cuenta que el centro de la depresión es la desesperanza, la incapacidad de solucionar un problema que, como ya se dijo, está fundamentalmente ubicado en el pasado.

Esto deja ver que cuando se lleva a cabo el tratamiento para la depresión, por parte de los profesionistas, además de las dificultades previamente existentes como el hecho de que sólo 14% de los adultos mexicanos que requieren atención de los servicios de salud mental la buscan; de que cuando un problema se evalúa como muy personal menos probabilidades se tiene de buscar ayuda, ya que en el caso de las mujeres, consideran que deben salir adelante por ellas mismas, mientras que los hombres se ven presionados por sus familiares y jefes para no asistir a este tipo de atención (Caraveo-Anduaga *et al.* 1997), se puede encontrar que no se realiza de manera multidisciplinaria o interdisciplinaria. De esta forma, en muchas ocasiones los médicos no hacen una entrevista exhaustiva para determinar el origen del malestar del paciente y por ello, confunden la depresión con un problema somático, el cual es tratado con farmacología, lo que no siempre resulta conveniente, debido a que los medicamentos pueden generar otro tipo de alteraciones que complicarán el estado de salud de la persona (OMS, 2018).

Ante esto, lo más conveniente sería que la gente que presentara este tipo de manifestaciones, muy cercanas a lo que se llama depresión, fueran evaluados por el departamento de psicología o de salud mental de las instituciones de salud, para

identificar la existencia de esos eventos afectivos-cognitivos, puntos centrales de la depresión, de tal forma que cuando no existan manifestaciones muy claras de enfermedad directa y si se presenta además la desesperanza, que puede ser detectada a partir de frases como “no sé”, “no puedo”, “no sé qué me pasa”, “no lo entiendo”, “no puedo con ello”, “no sé cómo hacerle”, y teniendo cuidado de que no se confunda con ignorancia, con la falta de conocimiento, ya que son más bien una forma de estancamiento, entonces se proceda a atenderlos de manera interdisciplinaria, desde una perspectiva más biopsicosocial, mediante el tratamiento psicológico, farmacológico y de apoyo social, con el firme propósito de obtener un estado de ánimo más favorable, identificando que no quiere o no puede resolver.

Esta propuesta obedece al hecho de que la depresión incrementa los niveles de serotonina (Ostrowsky, 2000), y lo que algunos antidepresivos hacen es bajarlos, esto aparentemente mejora la condición del paciente. Sin embargo, el uso de los fármacos representa al paciente la seguridad de que va a mejorar, lo que facilita, bajo determinadas circunstancias, su adhesión al tratamiento farmacológico, pero no siempre resulta conveniente, ya que se atiende al problema fisiológico y no a la rumiación de estar pensando lo mismo, no se va a la raíz del problema, al origen; se atacan los síntomas, pero no la base de donde provienen.

Aquí vale la pena comentar que el cerebro no es capaz de distinguir entre el afuera y el adentro. El evento puede ser externo y generar una secreción de serotonina que hace que el sujeto se deprima; pero si después de pasado el evento, incluso años, lo vuelve a recordar, la secreción de serotonina puede ser menor, igual o hasta mayor, que como cuando sucedió, simplemente por haberlo recordado. De esta forma, las personas que están atadas al pasado o encadenados también al futuro, pueden presentar problemas recurrentes de depresión o de ansiedad y que hacen que el sujeto sin la presencia del estímulo en el momento presente, tenga este tipo de secreciones hormonales que los llevan a estados de ánimo o corporales inadecuados (Ostrowsky, 2000), reafirmando además con esto que el área afectiva es la base de la desesperanza y de la depresión.

El problema fundamental de la depresión es que la persona no es capaz de aceptar cómo está su pasado y se ancla tratando de resolverlo paralizándose, huyendo, escondiéndose o agrediendo, tres principales reacciones del miedo (Valdez-Medina y González-Escobar, 2007); entonces, el paciente nunca deja de estar deprimido. Está constantemente anclado en aquel evento que le generó malestar, lo recuerda como

parte de su historia negra; incluso hay quienes lo guardan como un secreto en función de lo que puedan pensar los demás si se supiera. Es a través de esta vía que se puede detectar dónde están esos eventos que generaron la depresión y observar el hecho de que como no lo solucionó en su momento, se le va quedando, lo reprime, controla, tolera, y entonces no resuelve (Valdez-Medina y González-Escobar, 2007). Por lo tanto, como lo tiene reprimido, en algún momento encontrará una vía de salida, ya sea a través de las manifestaciones corporales o se esparcirá a todo el cuerpo, es cuando los médicos pueden confundir la depresión con un evento de tipo somático.

De esta forma, se aproxima a la atención de la depresión como un todo relacionado, como un evento biopsicosocial, donde en primera instancia se tiene uno no favorable para el sujeto, lo que le provoca incremento en los niveles de serotonina, que produce una tristeza importante que intentará solucionar a nivel psicológico (Ostrowsky, 2000). Pero como es muy posible que no entienda lo que está ocurriendo, puede quedarse anclado con dicha problemática que tarde o temprano saldrá como un problema somático o bien se esparcirá como el cáncer, haciendo metástasis, provocando que la persona padezca depresión.

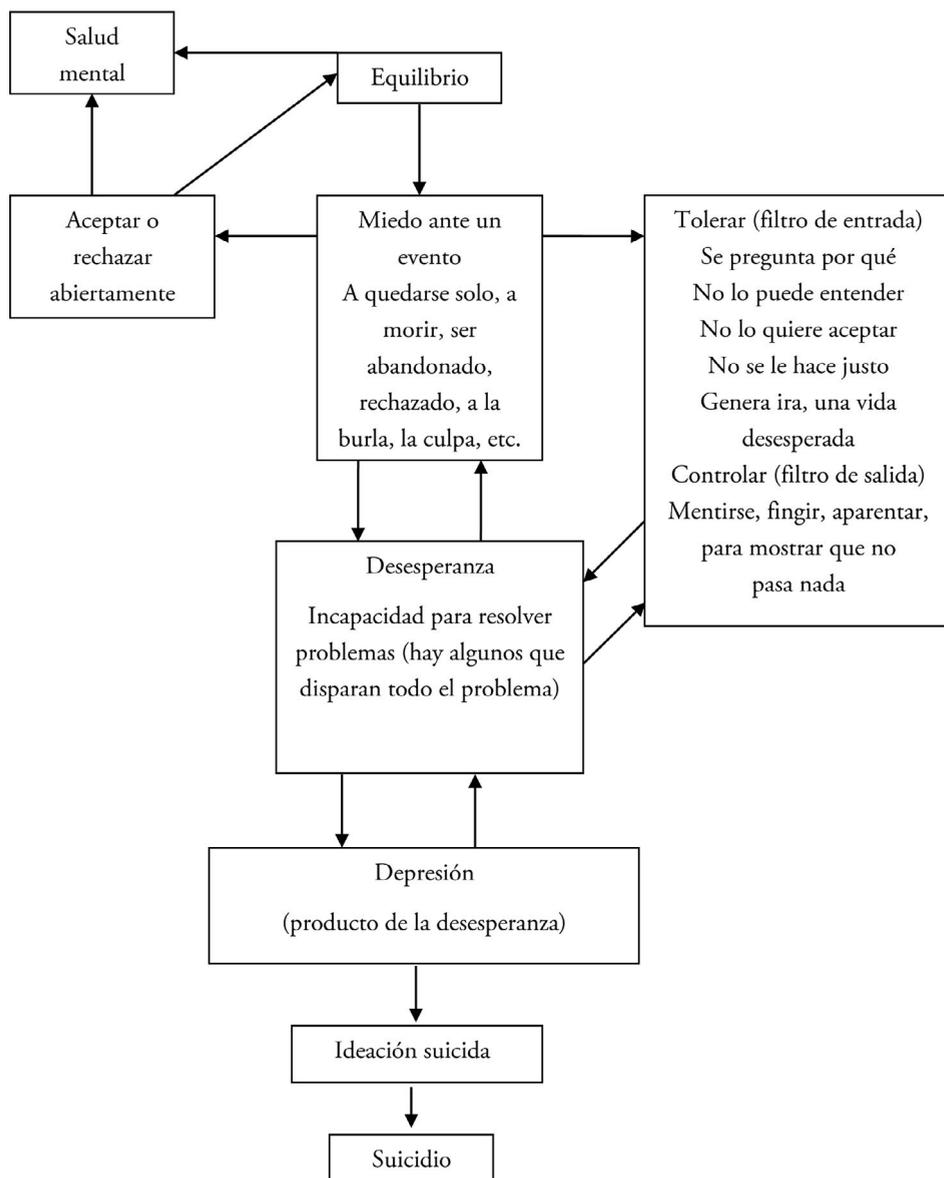
Cabe mencionar que los tratamientos farmacológicos, así como algunos procesos psicoterapéuticos corrigen los síntomas, pero no el origen de la depresión. Por ello, es importante determinar dónde se ancla esa desesperanza, de dónde proviene esa incapacidad de resolver los problemas. Muchas personas los ubicarán desde la infancia, otras, en la adolescencia; habrá que conocer su procedencia, porque no todos sufren depresión por las mismas causas, de esto se debe ser muy consciente.

Respecto a los resultados del análisis, se obtuvo un instrumento conformado por seis factores: afectividad negativa, manifestaciones físicas o somáticas, autovaloración negativa, aislamiento, afectivo-coraje y pensamientos orientados a la muerte.

Es común que las personas deprimidas estén muy enojadas, resentidas con la vida que les tocó, buscan la forma de suicidarse o se vinculan con situaciones de alto riesgo en los que exista una posibilidad real de morir (Udesky, 2006).

En ese sentido, Valdez-Medina y González-Escobar (2007) han elaborado un modelo para explicar cómo se da el proceso de la depresión, donde, a pesar de que existe una vida en aparente equilibrio, una sola idea respecto a un problema que no puede ser resuelto, puede llevar al desequilibrio que genera a su vez desesperanza, a tal grado de deprimirse y cuando menos tener una ideación suicida; o bien, llegar a cometer un suicidio con base en esa secuenciación de hechos (figura 1).

Figura 1. Modelo de depresión



Fuente: Valdez-Medina y González Escobar, 2007.

Finalmente, cabe aclarar que esta es una nueva alternativa para evaluar la depresión; en ese sentido, actualmente se está trabajando en el desarrollo de un instrumento para detectar qué eventos han generado desesperanza en los sujetos, cuáles son sus temores respecto al hecho de morir, evento muy relacionado con ésta, así como cuáles son los miedos más recurrentes en niños, adolescentes y adultos, para tratar de encontrar la problemática más frecuente que genera incapacidad de solución y entender con mayor claridad este fenómeno llamado depresión que actualmente afecta a no menos de la tercera parte de la población mundial. Asimismo, a pesar de observar una validez de constructo, así como un índice de consistencia adecuado, es necesario generar la normalización del instrumento de tal forma que puede indicar la gravedad con la que se presenta y brindar alternativas de intervención lo más adecuadas para cada caso en particular.

REFERENCIAS

- Agudelo, D. *et al.* (2005). Evaluación del componente afectivo de la depresión: Análisis factorial del ST/DEP revisado. *Salud Mental*, 28(3), 32-41.
- Alonso-Fernández, F. (1986). *La depresión y su diagnóstico*. México: Labor.
- Beck, A.T. (2005). *Con el amor no basta*. México: Paidós.
- Beck, A.T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J.E., y Erbaugh, J.K. (1961). An inventory for measuring depression. *Arch. Gen. Psychiatry*, 39, 1195-1200.
- Caraveo-Anduaga, J., Colmenares, E. y Saldívar, G. (1999). Estudio clínico-epidemiológico de los trastornos depresivos. *Salud Mental*, 22(2), 7-17.
- Caraveo-Anduaga *et al.* (1997). Prevalencia en la vida de episodios depresivos y utilización de servicios especializados. *Salud Mental*, 20(1), 15-23.
- Crowe, M., Ward, N., Dunnachie, B. y Roberts, M. (2006). Characteristics of adolescent depression. *International Journal of Mental Health Nursing*, 15, 10-18.
- Derogatis, L.R., Lipman, R.S. y Covy, L. (1973). SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale-preliminary report. *Psychopharma Bull*, 9(1), 13-28.
- Dennis, M., Ferguson, B. y Tryer, P. (1992). Rating instruments. En: Freeman C, Tyrer P. ed. *Research methods in Psychiatry. A beginner's Guide*. London: Gaskell.
- Feinberg, M. y Carroll, B. (1972). Separation of subtypes of depression using discriminant analysis. Separation of unipolar endogenous depression from non-endogenous depression. *British Journal of Psychiatry*, 132, 140-147.

- Fernández, A. (1989). *Cuestionario tetradimensional para la depresión*. Madrid: Tea.
- Gastó, C. (1991). Melancolía, orígenes conceptuales antiguos. *Antropológica*, 516, 15-23.
- Gómez-Maqueo, L.E. y Reyes-Lagunes, I. (1994). *Inventario multifásico de la personalidad -2- Minnesota*. México: Manual Moderno.
- Greenberg, D. y Padesky, C.A. (1998). *El control de tu estado de ánimo, manual de terapia cognitiva para usuarios*. Barcelona: Paidós.
- Gutiérrez, S.L. (1994). *Estudio comparativo de los niveles de depresión y ansiedad en pacientes diabéticos hospitalizados en el IMSS de la ciudad de Toluca, México, durante 1993, apreciados mediante la EAMD y el IDARE*. Tesis de licenciatura. Toluca: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology Neurosurgery Psychiatry*, 23, 56-62.
- Hathaway, S.R. y Mckinley, J.C. (1967). *The MMPI Manual*. New York: Psychological Corporation.
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística. (2019). Temas de salud. En <https://www.inegi.org.mx/temas/salud/> [consultado el 6 de febrero de 2019].
- Medina Mora, M.E. et al. (2014). Trastornos emocionales en población mexicana: resultados de un estudio nacional. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*, Reseña de la VII Reunión de investigación, 3, 48-55.
- Mullaney, J. (1987). Measurement of anxiety and depression. En: Ragani, G. Smeraldi, *Anxious depression: Assessment and treatment*. New York: Raven Press.
- Nunnally, J.C. (1987). *Teoría psicométrica*. México: Mc Graw Hill.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2001). Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra, Suiza.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. En <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34006> [consultado el 7 de febrero de 2019].
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2018). Notas Depresión. En <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression> [consultado el 7 de febrero de 2019].
- Ostrowsky, F.S. (2000). ¡Toc, toc! ¿Hay alguien ahí?, cerebro y conducta. *Manual para usuarios inexpertos*. México: Infored.
- Polaino, A. y Vázquez, C. (1981). La indefensión aprendida (Learned helplessness): Un modelo experimental animal. Revisión crítica. *Psiquis*, 2, 169-180.

- Radloff, L.S. (1977). The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Appl. Psycho. Meas*, 1, 385-401.
- Rafful, C. et al. (2012). Depression, gender and the treatment gap in Mexico. *Journal of Affective Disorders*; 138(35), 1-11.
- Reyes-Lagunes, I. (1993). Las redes semánticas naturales, su conceptualización y su utilización en la construcción de instrumentos. *Revista de Psicología Social y Personalidad*. Asociación Mexicana de Psicología Social, (IX), 83-99.
- Salamero, M. et al. (1994). Factorial study of the BDI in pregnant women, *Psicol. Med.*, 24, 1031-1035.
- Udesky, L. (2006). *Depresión: Hombres y mujeres*. E.U.A.: Consumer Health Interactive.
- Valdez-Medina, J.L. (2009). *Teoría de la Paz o Equilibrio. Una nueva teoría que explica las causas del miedo y del sufrimiento y que nos enseña a combatirlos*. México: Libros para todos.
- Valdez-Medina, J.L. y González-Escobar, S. (2007). *Hombres y mujeres en México; dos mundos distintos pero complementarios*. México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Valdez-Medina, J.L. y Pérez, B.M.R. (2004). La idea de suicidarse en universitarios. *La psicología social en México*. México: AMEPSO.
- Zung, W.W. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.

MANIFESTACIONES DEL MIEDO EN PERSONAS CON DEPRESIÓN

María Azucena Hernández Silva

Sergio González Escobar

Norma Ivonne González Arratia López Fuentes

INTRODUCCIÓN

La depresión es uno de los trastornos que afecta la calidad de vida de las personas y ha incrementado los costos económicos y sociales de los países (Berezon *et al.*, 2013). De acuerdo con lo reportado por la OMS (2017), las cifras de prevalencia de este trastorno ascienden a 350 millones de personas afectadas; tales resultados marcan la importancia de ser atendido este trastorno, pues no sólo se ha manifestado su repercusión a nivel global, sino que se le vincula con el suicidio, al ser considerado como la segunda causa que propicia alrededor de 800 mil muertes por año. De seguir así, para 2020 se estima que éste ascienda y que se posicione como la segunda causa de incapacidad en el mundo.

Por tanto, al ser considerado uno de los trastornos que afecta a la comunidad de forma global, también es cierto que se encuentra posicionado de entre aquellos que más impacta la salud emocional de la sociedad mexicana; al respecto, la Secretaría de Salud (2008) señaló que en 2005 entre 12 y 20% de los mexicanos de entre 18 y 65 años, presentaban sintomatología depresiva, datos que concuerdan con lo planteado por Cruz (2005), quien mencionó que alrededor de 10 millones de mexicanos padecían de este trastorno.

De la misma manera, los resultados reportados por la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) señalan que 9.2% de los mexicanos sufrieron un trastorno afectivo en algún momento de su vida y 4.8% se presentó en los doce meses previos al estudio. Asimismo, se reportó con más frecuencia en mujeres (10.4%) en comparación con los hombres (5.4%) (Rafful *et al.*, 2012).

Investigadores mexicanos del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Dr. Manuel Velasco Suárez” mencionaron que la depresión se mantuvo en 10%

respecto a la población mexicana, lo que les provocó perder el placer para disfrutar las cosas e incapacitar al ser humano (Reséndiz, 2010). Asimismo, Rafful *et al.* (2012) y Benjet *et al.* (2009) señalan que este trastorno afecta a la población de distintas edades; pero cuando se inicia antes de los 18 años, evoluciona de forma crónica y con mayor duración conforme pasa el tiempo.

Este trastorno no es exclusivo de algunas personas por su raza, estatus económico o edad, pues se ha encontrado que independientemente de estas condiciones, la depresión cada vez se inserta en edades más tempranas en la población mexicana, afectando no solo a niños sino también a jóvenes y adultos cuyas edades son cada vez más productivas (Consortio Internacional de Epidemiología Psiquiátrica-ICPE en Secretaría de Salud, 2008). Esto manifiesta que, conforme pase el tiempo, este trastorno se inserta en edades mucho más tempranas, generando en quienes la padecen estragos que permean a largo plazo, pues quien vive con ella se ve afectado en muchas áreas de su desarrollo.

Por tanto, así como distintas instituciones e investigadores se han preocupado por tener aproximaciones acerca de la prevalencia de este trastorno; muchos otros han manifestado su interés en tratar de definirla o entenderla, a partir de identificar los síntomas y procesos biológicos que lo caracterizan (Vázquez, Hernangómez, Hervas y Nieto, 2006, en Caballo, 2006; Garza, 2004; Rozados, 2003), así como la explicación de su dinámica psicológica (Lewinshon y Skinner, en Caballo, 1998; Beck, 1983). Lo que les ha llevado a explicar los referentes biológicos y psicológicos que perturban el adecuado funcionamiento del ser humano al manifestarse este trastorno en su vida diaria.

Respecto a la definición de lo que es la depresión, ha sido difícil plantearla; por ejemplo, autores como Garza (2004), Quinn (2003) y Freyberger (1995), la consideran como una enfermedad y un síntoma; por su parte, Alonso (2009) la describió como un síndrome; como trastorno la han caracterizado Rozados (2003), Dio (1999), Vallejo (1998) y Beck (1983); mientras que autores como Vázquez *et al.* (2006, en Caballo, 2006) y Rojas (2006) lejos de definirla, la retoman a partir de la descripción de las manifestaciones biológicas y vagamente psicológicas.

Así como se ha buscado establecer definiciones que se aproximen a plantear un acercamiento hacia este trastorno, también existen diversas posturas teóricas psicológicas que han generado explicaciones sobre el origen, desarrollo, dinámica y prevalencia de la depresión.

Al respecto, las aportaciones realizadas por Abraham (1911) y Freud (1917) desde una postura psicodinámica, justifican a la depresión a partir del duelo y la melancolía, donde señalan que se origina debido a la pérdida del objeto amado que lleva a la persona a una carencia en su intimidad emocional; y para evitar el sufrimiento, se activa el mecanismo de la regresión a la etapa oral, donde se devora al objeto de forma inconsciente, para destruirlo. Es decir, el Yo entra en este procedimiento ambivalente y se le hace responsable ante la pérdida, incapacidad o abandono del objeto. Ante esta fase de pérdida, Freud (1917) apostó que el sujeto deprimido tiende a manifestar un retroceso a la fase sádica, derivada de esta ambivalencia expresada hacia el odio que recae sobre el objeto sustitutivo (el Yo), al cual goza de hacerlo sufrir por el abandono generado del objeto amado; por lo tanto, la melancolía se vuelve un ejercicio fundamental para no tener que exteriorizar la hostilidad. Por ello, las personas que propician un intento suicida, mantienen con cierta connotación sádica el retorno de la carga del objeto hacia sí, lo que significa que se están tratando a ellos mismos como objetos, quedando el Yo bajo la expensa del objeto; esto marca la pauta del entendimiento del conjunto de comportamientos que ejerce la persona depresiva al dejar de comer, aislarse o lacerarse (Freud, 1917, en Ávila, 1990). Lo anterior marca el inicio del interés por buscar una explicación psicológica hacia este trastorno, aunque tal teoría no presenta validez, puesto que a pesar de la congruencia en sus postulados, no pueden ser validados empíricamente.

Asimismo, los teóricos conductuales tuvieron el interés de explicar cómo se presentaba y al respecto mencionan que la depresión se deriva a partir de la disminución en cantidad, frecuencia y efectividad de reforzadores positivos dentro del ambiente, lo cual da pauta al desarrollo del comportamiento depresivo (Skinner, 1953 y Fester, 1965, en Belloch, Sandín y Ramos, 2008). Tales mecanismos pueden generar un refuerzo positivo o negativo por parte del ambiente en el que se desarrolla el individuo; por ejemplo, en el caso de este primero, se ve comúnmente aceptado el reforzamiento verbal-social en el cual es normal que el individuo con depresión externalice sus preocupaciones y quejas, asumidas y aceptadas por la comunidad que le rodea. Caso similar pasa en el reforzamiento negativo, en el cual el contexto refuerza la sintomatología de la persona con depresión, al refirmar reacciones de escape, huida o evitación; dando así lugar al incremento de pensamientos y sentimientos aversivos que propician la incapacidad y manifestaciones como el aislamiento de los reforzadores potenciales que podrían alejarla de este estado (Jacobson *et al.*, 1996).

La teoría cognitiva presidida por Beck (1983), plantea a la depresión desde la “tríada cognitiva”, donde se vincula el inadecuado manejo de información, por medio de la activación de una serie de esquemas o creencias negativas que tiene la persona respecto de sí misma, del mundo que le rodea y de su futuro, lo que genera la presencia de distorsiones en el manejo de la información, dando lugar a errores cognitivos como la sobregeneralización, pensamiento dicotómico, inferencias arbitrarias, magnificación o minimización, abstracción selectiva y personalización. Dichos problemas en el manejo de la información refuerzan la inadecuada interpretación que tiene la persona con depresión acerca de su realidad, dando lugar a la generación de pensamientos de forma distorsionada, que anteceden y refuerzan el comportamiento y las emociones de forma negativa.

Sin lugar a dudas, las teorías que se han desarrollado para explicar la depresión han permitido comprender algunos de los aspectos de su funcionamiento; sin embargo, las explicaciones son parciales, en el caso del psicoanálisis es difícil validar empíricamente su propuesta. Mientras que la teoría conductual hace énfasis en el entorno y los estímulos que afectan a las personas, por lo que visto así, la persona se convierte en un sujeto pasivo, dependiente del entorno; lo cual no es del todo cierto, ya que puede tomar decisiones en cuanto a cómo enfrenta las situaciones y hacerse responsable de su propio comportamiento. Por otro lado, las propuestas cognitivas han sido fuertemente criticadas en cuanto al hecho de determinar que es un error cognitivo o creencia disfuncional (Ferster, 1973; Grosscup y Lewinshon, 1980, en Belloch *et al.*, 2008; Beck, 1983).

Ahora bien, una de las teorías contemporáneas que explica el comportamiento humano, es la Teoría de la paz o el equilibrio propuesta por Valdez-Medina (2009). Bajo esta nueva propuesta teórica, el comportamiento humano parte de un objetivo central que tiene todo ser humano que es el de vivir, manteniéndose alejado de la muerte; lo cual le lleva a identificar qué necesita (necesidades), o está a punto de perder, o qué ha perdido (carencias); para, a partir de ello, pueda proceder a buscar lo que necesita para cubririrlas. Por tanto, su comportamiento estará direccionado hacia conseguir, conservar y acumular aquellos satisfactores que necesita para cubrir tales carencias. Para lograrlo, se emplean estrategias comportamentales que van a facilitar al individuo la obtención de recursos y al cumplimiento tanto de su objetivo biológico como del psicosociocultural, entendiéndose éste como aquella necesidad de sobrevivir y trascender a partir de la reproducción, por lo cual el hombre al ser considerado un

animal racional, de forma natural tiende a buscar ser el más atractivo dentro de los de su especie, con la intención de llegar al apareamiento, lo que permite reproducirse y conservar la especie. En tanto, por el objetivo sociocultural, consiste en sobrevivir en el contexto social en donde se intenta ser lo más atractivo posible para adquirir una jerarquía o estatus, que facilite un mejor posicionamiento del ser humano a lo largo de la vida y en su desarrollo social; ambos objetivos asumen la importancia debida para que el ser humano mantenga un estado de estabilidad, autoorganización, de menor desgaste y por lo tanto, se adentre a un estado de paz o equilibrio (Valdez-Medina, 2009).

A razón de ello, existen tres estrategias comportamentales que tienen su fundamentación biológica y que marca el desarrollo del ser humano hacia la búsqueda de mantener un equilibrio al satisfacer y cumplir con los dos objetivos (biológicos y psicosocioculturales). El primero es la *competencia*, la cual le lleva a mantener una dinámica de lucha contra sí mismo o contra otros que luchan por obtener el mismo satisfactor, poniéndole por tanto en una posición de ganar o perder aquello que le será de utilidad para satisfacer su necesidad o carencia, alejándole por tanto de padecer un tipo de miedo derivado de ésta (Valdez-Medina, 2009).

La segunda estrategia es la *comparación* que se tiene dentro del grupo de iguales donde se está inserto, con la finalidad de mostrar un estatus de competitividad que se tiene ante los demás, y sólo se logra al identificar las debilidades, fortalezas e individualidad, conforme a la propia condición, como aquella en donde hay un contraste con los que se tiene alrededor; a partir de ello, se propicia una alta o baja jerarquía, lo cual implica la apertura o bloqueo en la obtención de aquellos satisfactores que sacian la necesidad, carencia y la erradicación del miedo (Valdez-Medina, 2009).

Y como tercera, se encuentran *la aceptación y el rechazo* tanto de sí mismo como de los demás. Es decir, cuando esta dinámica se ejecuta de forma abierta, o sea, con gusto y sin queja, el individuo, por consiguiente, se adentra al círculo de paz, donde se mantiene con estabilidad, autoorganización, equilibrio y con el menor desgaste posible. Sin embargo, cuando con frecuencia se busca la aceptación y el rechazo de manera forzada, viene una conexión directa hacia el círculo del miedo, donde el comportamiento que genere el individuo repercutirá en el estado de paz o equilibrio. Esto, a su vez, da pauta a desarrollar cualquier tipo de miedo, dentro de los cuales el autor considera como fundamentales el miedo a la muerte, la enfermedad, la soledad, el abandono, el rechazo, el castigo y a cualquier forma

de carencia, pues el común denominador de éstos es la muerte (Valdez-Medina, 2009).

Valdez-Medina (2009) explica que el miedo latente en la persona lo conduce a desarrollar diversas reacciones, cuyos comportamientos son de base instintiva, que la llevan a paralizarse, huir o esconderse, atacar, agredir y defenderse, o bien a buscar algo o alguien para apegarse y sentir protección, alejándose particularmente de cualquier peligro que pudiera llevarle a la muerte.

Consecuentemente, a estas reacciones que se tienen respecto al miedo, se despliega una serie de formas o máscaras que permiten encubrirlo o manifestarlo, a través de la tristeza, ansiedad, incertidumbre, fracaso, frustración, desesperanza, desconfianza, estrés, pena, vergüenza, culpa, enojo, ira, odio, pesimismo, errores y caos, las cuales, al presentarse de forma recurrente, llegan a consolidar estrategias comportamentales y tendencias de personalidad (Valdez-Medina, 2009).

Por tanto, Valdez-Medina (2019) afirma que cuando el individuo entra al círculo del miedo, ejecuta comportamientos que le llevan a controlar, es decir, a fingir o aparentar que todo está bien o mal, en función de sus intereses y circunstancias; o bien a tolerar, lo cual de igual manera lo llevan a mentir, callar, reprimir, ocultar y aceptar algo que en verdad rechaza o viceversa. Ambas dinámicas mantienen a la persona con la necesidad de engañar tanto a sí mismos como a los demás.

En tanto, si el individuo mantiene esta forma de comportamiento continuamente, se da lugar a las tendencias de personalidad, las cuales son patrones en su forma de ser, sentir, pensar y actuar (Brody, 2000, en Valdez-Medina, 2009). Bajo esta lógica, se proponen tres tendencias de personalidad, las cuales marcarán el uso de las estrategias comportamentales que cada persona ejerce de acuerdo con sus características biológicas y psicosocioculturales. Dentro de éstas se encuentra el ego más, ego menos y ego cero. El primero se dirige al comportamiento del individuo hacia la búsqueda de la admiración a partir del reconocimiento de sus fortalezas; mientras que el segundo es reconocido por la compasión que tienen los demás cuando muestra sus debilidades, dolor y sufrimiento. Por tanto, ambos muestran vulnerabilidad a padecer depresión y, por consiguiente, las variantes ejecutables dentro del círculo del miedo. Por otro lado, el ego cero está orientado hacia el círculo de la paz, considerándose como una personalidad sana, pues quien la desarrolla no busca la admiración, el reconocimiento y mucho menos ser compadecido (Valdez-Medina, 2009).

Desde esta postura teórica se propone a la depresión como una forma del miedo, cuyo origen reside en la desesperanza que tiene la persona respecto a la solución de un conflicto o situación que le ha provocado algún tipo de miedo y por consiguiente una ansiedad permanente, generándole temor, inseguridad y desconfianza de llegar a un estado de paz o a subsanar la necesidad o carencia, por lo que el ser humano, al no resolverla de forma satisfactoria, comienza a tolerar y a controlar. Por tanto, al sentirse así, el individuo reacciona ante el miedo con comportamientos como la parálisis, la huida, la búsqueda de refugio, la agresión, la defensa y el apego, lo que lleva a la persona a presenciar diversas formas o manifestaciones propias del miedo, derivadas del temor que se tiene respecto a lo ocurrido en el pasado y que por consiguiente acarrearán repercusiones en el presente y el futuro.

Así pues, se concibe como una forma del miedo porque al no contar con las estrategias de personalidad para llegar a adquirir de forma oportuna aquello que se requiere para satisfacer las necesidades y/o carencias, el ser humano comienza a desarrollarse dentro del círculo del miedo. Por ejemplo, ante la separación de una pareja, la persona que sufre (ego menos) tiende a compararse y a considerar tal abandono por el poco valor que tiene su persona, haciéndose vulnerable por la situación y el miedo tanto a estar sola como a sentir rechazo por su pareja; aunado a ello, empiezan a manifestarse de forma continua y permanente una serie de comportamientos regidos por el miedo, que la llevan a sentir desesperanza por no resolver o adquirir una situación de menos sufrimiento, por lo que la depresión y sus manifestaciones se insertan de una forma inminente.

Pasa lo contrario cuando el ser humano se mantiene en el círculo de la paz o equilibrio, a partir de vivir aceptando y rechazando abiertamente sin tener que llegar a tolerar o a controlar, evitando de esta manera, la presencia de sufrimiento, frustración y miedo; por tanto, logra la salud mental a través de la capacidad que se tiene para enfrentar las situaciones de forma independiente, bajo una aceptación de sí mismo y de los demás.

Con esta nueva propuesta teórica, se busca comprender desde una postura biológica y psicosociocultural, aquellos problemas de carácter psicológico que afecten a los individuos, y a su vez considerando que es una teoría contemporánea cuyos supuestos están orientados a entender el comportamiento humano y sus alteraciones como la depresión, es necesario fortalecerlos mediante la demostración empírica de sus principios a través de la investigación. Por lo anterior, el presente estudio tuvo

como objetivo buscar la relación existente entre la depresión y las manifestaciones del miedo.

MÉTODO

Participantes

Para la presente investigación se empleó una muestra no probabilística de tipo intencional (Hernández, Fernández y Baptista, 2014), constituido por 213 participantes que cumplieron con criterios de inclusión como estar en un rango de edad de entre 20 y 40 años, con escolaridad mínima de primaria y domiciliados en el Estado de México, a quienes, de forma voluntaria y en sus domicilios, se les aplicaron instrumentos para evaluar la depresión, y cuestionarios de la teoría de la paz o equilibrio para identificar los tipos, reacciones y formas del miedo.

Instrumentos

El primer instrumento utilizado fue el Inventario de Depresión de Beck en su versión I, constituido por 21 ítems, con cuatro opciones de respuesta que evalúan desde la presencia hasta la ausencia de las manifestaciones de la depresión a partir de cuatro dimensiones relacionadas con síntomas físicos, depresivos, cogniciones y emociones. Para obtener el puntaje final de la prueba, se realizó la sumatoria generada a partir de las respuestas obtenidas, con ello se identifica el nivel de severidad de este trastorno, en puntuaciones que oscilan de 0 a 63 puntos; para esto se consideraron los siguientes niveles: de 5 a 9 puntos, existen altibajos que se consideran normales; de 10 a 18, la persona se ubica en una depresión leve; en rangos de 19 a 29 es considerada moderada y si alcanza un nivel de severidad de este trastorno, las puntuaciones oscilan entre 30 y 63 puntos.

Este instrumento ha sido adaptado y estandarizado en la población mexicana por Jurado *et al.* (1998), obteniendo una confiabilidad a través del Alfa de Cronbach de .087 $p < 0.000$ y una validez de constructo mediante análisis factorial, al corroborar las dimensiones planteadas, así como concurrente al ser relacionado dos veces con

la Escala de Zung, inicialmente en 120 personas con diagnóstico psiquiátrico de depresión ($r = .70$ $p < 0.000$) y después con 546 estudiantes de entre 15 y 23 ($r = .65$ $p < 0.000$). Por tanto, se puede considerar al Inventario de Depresión de Beck-I como un instrumento válido y confiable para muestras mexicanas, que puede ser empleado en la detección de este trastorno.

Para identificar los tipos, reacciones y formas de miedo, se emplearon tres cuestionarios complementarios propuestos por el autor de la Teoría de la paz o equilibrio. El primero está dirigido a evaluar los seis tipos de miedo: a la muerte, al rechazo, a la soledad, al castigo y a las carencias. El segundo evalúa con qué frecuencia el evaluado tiende a reaccionar ante el miedo con parálisis, huyendo o escondiéndose, atacando, agrediendo y/o defendiéndose, y por último al apegarse o depender de algo; y el tercero identifica formas del miedo como tristeza, ansiedad, incertidumbre, fracaso, frustración, desesperanza, desconfianza, estrés, pena, culpa, enojo, ira, odio, pesimismo, errores y caos. En conjunto, éstos permiten evaluar el grado de frecuencia de aparición de estas variables a lo largo de la vida del individuo, contemplando una medición intervalar desde 0 hasta 100%, considerando que este último manifiesta constantemente la frecuencia que se ha tenido respecto a la presencia del miedo en sus respectivas variantes. Estos cuestionarios presentan validez de contenido, por lo que se ajustan a la necesidad de esta investigación, al estar fundamentados desde esta teoría.

Procedimiento

Se entrevistó a los participantes en su domicilio particular, explicándoles el objetivo y los fines de la investigación, así como la confidencialidad de sus resultados. Ante esto, cada uno de ellos aceptó de conformidad su participación, garantizando el respeto hacia el manejo de los datos proporcionados.

Se les aplicó el Inventario de Depresión de Beck (BDI-I) y los cuestionarios de los tipos, reacciones y formas del miedo, durante 20-25 minutos; al terminar, se agradeció su participación.

Asimismo, se realizó el vaciado de los datos en el programa estadístico SPSS versión 21 para realizar una correlación Producto Momento de Pearson cuyo fin fue identificar la relación entre el nivel de depresión y los tipos, formas y reacciones del miedo.

Resultados

Al realizar las aplicaciones correspondientes con los instrumentos, se identificó el nivel de depresión a partir de los puntos de cortes propuestos mediante el Inventario de Depresión de Beck, dentro de los cuales se encontró a 60.1% de la muestra con altibajos normales de tristeza, 25.8% con manifestaciones leves, 8.9% en nivel moderado y 5.1% con depresión severa (tabla 1).

Tabla 1. Análisis descriptivo de la distribución de participantes de acuerdo con su nivel de depresión, desde el BDI-I

<i>Nivel de depresión</i>	<i>HOMBRES</i>		<i>MUJERES</i>		<i>TOTAL</i>
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	
Altibajos normales de tristeza	71	33.3	57	26.8	60.1%
Leve	23	10.8	32	15	25.8%
Moderado	5	2.3	14	6.6	8.9%
Severo	6	2.8	5	2.3	5.1%
<i>Total</i>	<i>105</i>	<i>49.3</i>	<i>108</i>	<i>50.7</i>	<i>100.0%</i>

Fuente: elaboración propia.

Para identificar si existía relación estadísticamente significativa entre la depresión y los tipos, reacciones y formas del miedo, se empleó la correlación producto momento de Pearson.

Con respecto a las relaciones existentes entre las variables en las personas que presentan altibajos normales de tristeza, se encontraron relaciones estadísticamente significativas con magnitud entre baja y moderada, y una dirección positiva. Por tanto, dichos síntomas suelen estar asociados con el miedo al abandono y por consecuencia a la soledad; la forma de reaccionar ante éste es a través de huir o esconderse; y las formas de representar el miedo es a través de sentir ansiedad, desesperanza, desconfianza, culpa, pesimismo y caos (tabla 2).

Tabla 2. Correlación Producto Momento de Pearson entre las puntuaciones totales del BDI y las manifestaciones del miedo en personas con altibajos normales de tristeza

	<i>Inventario de Depresión de Beck (BDI-I)</i>
<i>Tipos de miedo</i>	
Abandono	.344*
Soledad	.405**
<i>Reacciones de miedo</i>	
Huir y esconderse	.478**
<i>Formas del miedo</i>	
Ansiedad	.411**
Desesperanza	.397**
Desconfianza	.355**
Culpa	.268*
Odio	.385**
Pesimismo	.377**
Caos	.311*

** correlación significativa al .01

* correlación significativa al .05

Fuente: elaboración propia.

Algo similar sucede con las personas que presentan un nivel leve de depresión, en ellas se encontraron relaciones estadísticamente significativas con magnitud entre baja y moderada, y una dirección positiva; se observó que aquellas que presentaron un nivel leve de depresión tienden a mostrar relación con el miedo al abandono y a la soledad, reaccionan huyendo o escondiéndose y presentan formas del miedo como desesperanza, desconfianza, culpa, pesimismo y caos (tabla 3).

Tabla 3. Correlación Producto Momento de Pearson entre las puntuaciones totales del BDI y las manifestaciones del miedo en personas con nivel leve de depresión

	<i>Inventario de Depresión de Beck (BDI-I)</i>
<i>Tipos de miedo</i>	
Abandono	.344*
Soledad	.405**
<i>Reacciones de miedo</i>	

Continúa...

Huir y esconderse	.478**
<i>Formas del miedo</i>	
Desesperanza	.397*
Desconfianza	.355**
Culpa	.268*
Odio	.385*
Pesimismo	.377**
Caos	.311*

** correlación significativa al .01

* correlación significativa al .05

Fuente: elaboración propia.

En tanto, el puntaje obtenido de las personas con nivel moderado mantiene relación estadísticamente significativa, positiva, entre moderada y fuerte con los tipos, reacciones y formas del miedo. Se encontró que existe miedo hacia la muerte, al rechazo, abandono, soledad y carencias; la forma de reaccionar ante estos miedos son paralizándose, huyendo o escondiéndose, atacando, agrediendo o defendiéndose, y apegándose o dependiendo de otras personas, objetos o situaciones que brindan una estabilidad emocional. Este miedo se puede representar a través de la incertidumbre, desesperanza, culpa, ira, odio y pesimismo (tabla 4).

Tabla 4. Correlación Producto Momento de Pearson entre las puntuaciones totales del BDI y las manifestaciones del miedo en personas con nivel moderado de depresión

<i>Inventario de Depresión de Beck (BDI-I)</i>	
<i>Tipos de Miedo</i>	
Muerte	.605*
Rechazo	.650**
Abandono	.778*
Soledad	.853**
Carencias	.560*

Continúa...

<i>Reacciones de miedo</i>	
Parálisis	.620**
Huir y esconderse	.675**
Atacar, agredir y defenderse	.636**
Apegarse y depender	.487*
<i>Formas del miedo</i>	
Incertidumbre	.734**
Desesperanza	.538*
Culpa	.736**
Ira	.606**
Odio	.497*
Pesimismo	.812**

** correlación significativa al .01

* correlación significativa al .05

Fuente: elaboración propia.

Al correlacionar el puntaje del BDI-I con las manifestaciones del miedo de las personas con nivel severo de depresión, se encontraron relaciones moderadas y estadísticamente significativas, de forma negativa con la reacción que se tiene ante el miedo mediante el apego y dependencia; de forma positiva con la manera de manifestarlo a través de la ansiedad (tabla 5).

Tabla 5. Correlación Producto Momento de Pearson entre las puntuaciones totales del BDI y las manifestaciones del miedo en personas con nivel severo de depresión

<i>Inventario de Depresión de Beck (BDI-I)</i>	
<i>Reacciones de miedo</i>	
Apegarse y depender	-.667*
<i>Formas del miedo</i>	
Ansiedad	.711**

** correlación significativa al .01

* correlación significativa al .05

Fuente: elaboración propia.

DISCUSIÓN

El objetivo de la presente investigación fue validar los enunciados propuestos en la Teoría de la paz o equilibrio respecto al miedo como elemento directamente relacionado con el sufrimiento humano, particularmente con la depresión. En este sentido, se realizó un estudio para identificar si había relación entre las manifestaciones de la depresión y las manifestaciones del miedo planteadas por la teoría.

Primero, se identificó que 39.8% de los participantes mostró más manifestaciones de depresión, y quienes se encontraron en un nivel moderado y severo fueron las mujeres. Esto concuerda con los planteamientos de la OMS (2017), Rafful *et al.* (2012) y la Secretaría de Salud (2008), al reportar que las mujeres suelen resaltar en la prevalencia a nivel internacional y nacional. Esto puede deberse a los roles socioculturales impuestos tanto para hombres como mujeres, pues ellas, por su naturaleza biológica y sociocultural, son más permisivas y expresivas respecto a sus emociones, ejerciendo su facultad de sentir tristeza y deprimirse por las adversidades que presentan; caso contrario pasa con los hombres, quienes por su naturaleza instrumental deben controlar y/o reprimir sus emociones para analizar, buscar soluciones y emprender acción ante situaciones de conflicto (Aguilar *et al.*, 2001).

Al analizar posteriormente en los participantes conforme al nivel reportado, los datos mediante la correlación producto momento de Pearson entre la depresión y los tipos, reacciones y formas del miedo, se encontraron relaciones positivas y moderadas entre la depresión con los tipos de miedo en las personas con altibajos normales de tristeza y en aquellas con depresión leve, respecto al miedo que tienen al abandono y a la soledad, lo que llevan a las personas a reaccionar huyendo o escondiéndose; también manifiestan formas del miedo como la ansiedad, desesperanza, desconfianza, culpa, odio, pesimismo y caos.

Lo referido es congruente con lo postulado por el modelo teórico, donde se señala que quienes son rechazados, relegados y abandonados, tienen menos posibilidades de cubrir los dos objetivos más importantes: el apareamiento con fines reproductivos para el mantenimiento de la especie en el orden biológico, y el ser alguien en la vida en el orden psicosociocultural. Por tanto, quienes no cumplen con tales estándares suelen presentar miedo al abandono y a sentirse en soledad, por ser relegados al no cumplir con lo estipulado; por ello, reaccionan huyendo o escondiéndose para que los

demás no sepan de sus carencias, manifestando formas del miedo como la ansiedad, desesperanza, desconfianza, culpa, odio, pesimismo, caos, por mencionar algunos (Valdez-Medina, 2009).

Lo anterior respalda que las personas sin depresión suelen presentar mayor relación con las formas del miedo, esto permite pensar que el individuo que aún no ha experimentado la sintomatología suele preocuparse por el rechazo o abandono de su grupo de iguales, al no satisfacer las carencias o debilidades que le impiden cubrir con lo esencial para la vida. En este momento es cuando las intervenciones pueden ser más efectivas, para ayudar a la persona a entender el proceso de aceptación-rechazo de aquello por lo que está atravesando, lo que puede ser de mucha utilidad para disminuir el efecto negativo que tiene la depresión en la vida de las personas (Garza, 2004; Valdez-Medina, 2009).

En cambio, quienes presentan un nivel moderado de depresión manifiestan todos los tipos de miedo: al rechazo, abandono, soledad, carencias y por consecuencia, al temor principal, morir, por no cumplir con los objetivos en la vida. Lo que les lleva a reaccionar de distintas maneras como el paralizarse, huir o esconderse, atacar, agredir o defenderse y apegándose o dependiendo de alguna persona, objeto o situación que les permita mantener estabilidad emocional, pese a las distintas formas del miedo que pueden presentar como el sentir incertidumbre, desesperanza, culpa, ira, odio o pesimismo por no tener los satisfactores para cumplir con los objetivos biológicos y socioculturales, por lo que el miedo se convierte en el eje rector de sus comportamientos, tal como lo respalda Vila *et al.* (2009), Hernández-Pozo *et al.* (2009), Piqueras *et al.* (2008) y Becerra *et al.* (2007), al mencionar que ante la presencia de trastornos como la depresión, se mantiene una alteración emocional, lo que a su vez muestra que quienes se deprimen y se sienten rechazados, también tienen una relación estrecha con el miedo a la muerte.

Al relacionar las manifestaciones del miedo con la depresión de las personas que se posicionaron en un nivel severo de este último, se encontraron dos relaciones estadísticamente significativas, la primera fue negativa con el apego o dependencia, y la segunda de forma positiva con la ansiedad. Esto es muestra clara de que cuando se llega a la severidad en las manifestaciones de la depresión, existe menor cantidad de vínculos sociales, dando lugar al aislamiento y a la ansiedad que provoca separarse de los otros que le pueden apoyar para salir adelante a la situación adversa (Garza, 2004; Lazarevich y Mora, 2008; Valdez-Medina, 2009).

Asimismo, se puede identificar que las personas con un nivel severo de depresión no reportan relación con el miedo a la muerte; sin embargo, aunque desean morir para dejar de sufrir, lo cierto es que le temen al hecho de tomar la decisión de quitarse la vida, generando un continuo desgaste emocional que mantiene la sintomatología depresiva. Y aun cuando quisieran efectuar los planes suicidas, tienen imposibilidad de ejecutarlas por la menor capacidad que tienen para tomar la decisión (Belloch *et al.*, 2008; Bobes, Giner y Saiz, 2011; Dio, 1992 y Calderón, 1987; Freyberger, 1995; Lazarevich y Mora-Carrasco, 2008; Valdez-Medina, 2009; Vázquez *et al.*, 2006).

En conclusión, se puede afirmar que la depresión mantiene una estrecha relación con las manifestaciones del miedo, de tal manera que se confirman los planteamientos teóricos de la Teoría de la paz y el equilibrio (Valdez-Medina, 2009). No obstante, es necesario continuar haciendo estudios que permitan demostrar cómo es que las personas se pueden volcar hacia el círculo de la paz y evitar con ello gran parte del sufrimiento humano como lo es, en este caso, la depresión.

REFERENCIAS

- Abraham, K. (1911). *Notes of psychoanalytic Investigation and Treatment of Manic-depressive Insanity and Allied Conditions*. London: Hogarth Press, pp. 137-156.
- Aguilar, P., Valdez-Medina, J.L. y González-Arratia, N.I. (2012). Satisfacción con los roles de género. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 12(4), 1440-1453.
- Alonso, F. (2009). Las cuatro dimensiones del enfermo depresivo. *Salud Mental*, 32(6), 443-445.
- Ávila, A. (1990). Psicodinámica de la depresión. *Anales de Psicología*. 6(1), 37-58.
- Becerra, A. *et al.* (2007). Ansiedad y miedo: su valor adaptativo y maladaptaciones. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(1), pp. 75-81.
- Beck, A. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). *Manual de psicopatología*. Vol. II. 1ª Ed. España: Mc Graw Hill.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M.E., Méndez E., Fleiz, C., Rojas, E. y Cruz, C. (2009). Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*. 32(2), 155-163.

- Berezon, S. *et al.* (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública*. 55, 74-80.
- Bobes, J, Giner, J. y Saiz, J. (2011). *Suicidio y psiquiatría*. Madrid: Triacastela.
- Caballo, V. (1998). *Manual de tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos*. Vol. 1. Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. (ed.), (2006). *Manual para la evaluación cognitivo-conductual de los trastornos psicopatológicos*. Madrid: Pirámide.
- Calderón, G. (1987). *Depresión: causas, manifestaciones y tratamiento*. México: Trillas.
- Cruz, A. (2005). *La depresión, enfermedad del siglo XXI, afecta en México a 10 millones*, <http://www.jornada.unam.mx/2005/02/23/a02n1cie.php> [consultado el 15 de marzo de 2009].
- Díaz-Loving, R., Rivera-Aragón, S. y Sánchez-Aragón, R. (2001). Rasgos instrumentales (masculinos) y expresivos (femeninos), normativos (típicos e ideales) en México. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 33(2), 131-139.
- Dio, E. (1999). *La depresión en la mujer*. Madrid: Temas de Hoy.
- Freud, S. (1917/1957). *Mourning and Melancholia*. Estándar edition. Vol. 14. London: Hogarth Press, 246-258.
- Freyberger, H. (1995). *La depresión*. Madrid: Ediciones Mensajero.
- Garza, F. (2004). *Depresión, angustia y bipolaridad, guía para pacientes y Familiares*. México: Trillas.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. 6ª Ed. México: Mc Graw Hill.
- Hernández-Pozo *et al.* (2009). Validación de una lista de miedos en población mexicana. *Acta Colombiana de Psicología*, 12(1), junio, 135-150.
- Jacobson, N. *et al.* (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 295-304.
- Jurado, S. *et al.* (1998). La estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*. 21(3), 26-31.
- Lazarevich, I. y Mora, F. (2008). Depresión y género: factores psicosociales de riesgo. *Salud Problema*. 2(4), 9-18.
- Lund, J. y Merrell, J. (2001). Social and antisocial behavior of children with learning and behavioral disorders: Construct validity of the Horne and Community Social Behavior Scales. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 19(2), 112-122.

- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2012). *La depresión*. Nota descriptiva No. 369 extraída el 22 de febrero de 2013, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/index.html>
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2017). *La depresión*. Nota descriptiva No. 369 consultada el 20 de febrero de 2017, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Quinn, B. (2003). *Todo sobre la depresión. Aprende a controlarla*. (2ª ed.). México: Mc Graw-Hill.
- Peña, E. (2010). *Conducta antisocial en adolescentes: factores de riesgo y de protección*. Tesis para obtener el grado de doctor en Psicología. Universidad Complutense de Madrid.
- Piqueras, J.A. et al. (2008). Ansiedad, depresión y salud. *Suma Psicológica*, 15(1), marzo, 43-73.
- Poy, L. (2008). En 2020, la depresión será la segunda causa de incapacidad en el mundo: OMS. *La Jornada*. <http://www.jornada.unam.mx/2008/12/28/index.php?section=sociedad&article=034n1soc> [consultado el 28 de diciembre de 2011].
- Rafful, C. et al. (2012). Depression, gender and the treatment gap in Mexico. *J Affect Disord*. 138(35), I-II.
- Reséndiz, R. (2010). *Depresión. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Dr. Manuel Velasco Suárez"*. <http://www.innn.salud.gob.mx/interior/atencionapacientes/padecimientos/depression.html> [consultado el 5 de noviembre de 2016].
- Rozados, R. (2003). *Consultoría Internacional sobre Depresión para las Comunidades de Habla Hispana (CISD)*. <http://www.depresion.psicomag.com/index.php> [consultado el 15 de febrero de 2011].
- Rojas, E. (2006). *Adiós, depresión, en busca de la felicidad razonable*. Madrid: Vivir mejor.
- Secretaría de Salud (2008). Novedosa técnica quirúrgica, alternativa para tratar a personas depresivas. *México Sano*. 1(4).
- Vallejo, M. (1998). *Manual de terapia de conducta*. Vol. I. Madrid: Editorial Dykinson-Psicología.
- Valdez-Medina, J.L. (2009). *Teoría de la paz o equilibrio. Una nueva teoría que explica las causas del miedo y del sufrimiento y que nos enseña a combatirlos*. México: Libros para Todos.
- Vila, J. et al. (2009). La dinámica del miedo: la cascada defensiva. *Escritos de Psicología-Psychological Writings*, 3(1), 37-42.

EMOCIONES NEGATIVAS, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN MADRES DE HIJOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Avelina Encastin Julio

Jorge Alvarado Orozco

Yessica Paola Aguilar Montes de Oca

Norma Ivonne González Arratia López Fuentes

Sergio González Escobar

Francisco José Argüello Zepeda

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) señala que México, al igual que el resto del mundo, experimenta una transición epidemiológica polarizada, de la cual es un rasgo característico el decremento de enfermedades infectocontagiosas y el incremento de los padecimientos crónico-degenerativos, como los trastornos mentales. Al respecto, Medina-Mora *et al.* (2003) refieren que los tres trastornos con mayor incidencia en los mexicanos son: ansiedad, trastorno por uso de sustancias y los afectivos, entre los que figura la depresión.

La información anterior muestra por qué la ansiedad y la depresión son objeto de estudio de diversas disciplinas. Vallejo y Gastó (1990) indican que el interés de la psicología hacia estos problemas, se ha manifestado desde hace décadas, lo que ha generado el surgimiento de distintas aristas de análisis, una de ellas es la que hace referencia al origen del trastorno.

Entre los teóricos que explican el origen de la ansiedad está Luengo (2005), quien menciona que este trastorno surge cuando la persona se equivoca en la percepción de lo que experimenta o piensa, lo que le hace perder su adaptación al medio. En cambio, De la Gándara y Fuertes (1999) aseveran que ésta nace cuando el individuo responde exageradamente a las presiones de su organismo, entorno psicosocial y/o medio ambiente. Propuesta distinta es la de Priest (1992) y Suinn (1993), quienes afirman que cambios bruscos en el área social, familiar, biológica, económica, psicológica y/o laboral son la causa de la ansiedad.

En cuanto al origen de la depresión, Breton (1997) lo ubica en la interacción que hay entre un evento desencadenante y la cognición que éste genera, hecho que es permeado por características del sujeto, como sexo, herencia, edad y entorno sociocultural. Calderón (1999) y Chinchilla (1999), por su parte, opinan que este trastorno es causado por variaciones drásticas en el área genética, psicológica, ambiental y social. Mientras que Rojas (1981) atribuye la depresión a una tendencia de personalidad a la que él llama personalidad depresiva, en la que hay una propensión a rumiar pensamientos negativos, así como un apego a la melancolía ante las adversidades.

Por otra parte, Valdez-Medina (2009) propone que la ansiedad y la depresión tienen un mismo origen: la vivencia de un estímulo sorpresa o significativo que no es aceptado o rechazado con gusto y sin queja, el cual genera una serie de emociones negativas: frustración, odio, culpa, vergüenza, envidia y celos, que de no ser resueltas favorablemente llevan a la persona a presentar desesperanza, apatía, niveles de ansiedad, manifestaciones depresivas y somatización.

Como puede observarse, un punto medular de la propuesta de Valdez-Medina son las emociones, las cuales Morris y Maisto (2009) consideran un fenómeno complejo, que, de acuerdo con Plutchik y Kellerman (1980), ha permitido que surjan distintas clasificaciones de éstas —sin que haya un acuerdo—. Así pues, hay quienes la categorizan en: básicas, naturales, combinadas, sociales, positivas o negativas. De las emociones positivas, los autores dicen que son aquellas valoradas por los individuos como benéficas, por ejemplo, la euforia ante una buena noticia o el afecto desarrollado por la familia. En cuanto a las emociones negativas, Valdez-Medina (2009) señala que son respuesta de desagrado e inconformidad, por lo que se han visto como obstáculos, peligros y una dificultad, siendo éstas: frustración, odio, culpa, vergüenza, envidia y celos.

Ahora bien, para Valdez-Medina (2009) la adversidad es el contexto idóneo para que los sujetos presenten emociones negativas no resueltas y, por ende, ansiedad y depresión, pero lo común es que los estudios sólo se centren en la comorbilidad de ambos trastornos; ejemplo de ello es el estudio de Vinaccia *et al.* (2006), quienes constataron que las personas con una mala percepción de la vida y con un diagnóstico de lupus experimentaban ambos trastornos. Por su parte, Fernández (2006) observó que las mujeres que habían sido maltratadas por su cónyuge presentaban baja autoestima, ansiedad y depresión. En el mismo sentido, Ochoa, Espina y

Ortego (2006) observaron que los papás de mujeres con trastornos de alimentación presentaban síntomas de ansiedad, depresión y neurosis.

Hallazgo similar fue el de Plata *et al.* (2011), quienes detectaron que médicos residentes de un hospital de la Ciudad de México mostraban comorbilidad entre ansiedad y depresión, la cual se enfatizó en los residentes de medicina interna, las mujeres y los participantes de menor edad. En el mismo orden, Walling *et al.* (2012) se percataron de que los pacientes con síndrome metabólico vivenciaban estrés, ansiedad y depresión, lo que les dificultaba adherirse al tratamiento clínico. Guerrero, Prepo y Loyo (2016), por su parte, notaron síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer, en tratamiento de quimioterapia y/o radioterapia.

Por otro lado, Alvarado-Orozco (2012) refiere que la familia es el área que genera una importante cantidad de emociones negativas no resueltas. Para Preston (2001), lo anterior se debe a que este grupo social es visto como la fuente primordial de afecto, apoyo y protección, pero debido a distintos factores no siempre ocurre así, tal y como sucede cuando alguno de sus integrantes no cumple las expectativas que sobre él se han generado, como es el caso de los infantes discapacitados.

Al respecto, García *et al.* (2005) manifiestan que las discapacidades pueden ser de origen endógeno (alteraciones cromosómicas, malformaciones congénitas, etc.) y exógeno (accidentes y enfermedades), cuyo común denominador es que los familiares no estaban preparados para tal eventualidad. En México, esta situación es más común de lo esperado, pues el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2011), en el censo poblacional de 2010, mostró que 5 739 270 mexicanos vivían con alguna discapacidad, siendo la motora (58%), la más usual, seguida por la discapacidad visual (27.2%), auditiva (12.1%), cognitiva (8.5%), dificultad para hablar (8.3%), limitaciones en el cuidado personal (5.5%) y dificultades para poner atención o aprender (4.4%).

Como puede observarse en las cifras mencionadas, la discapacidad intelectual (DI) es la cuarta causa de minusvalía en México, lo que de acuerdo con la Asociación Americana de las Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAIDD, 2010) implica que ese porcentaje de la población tiene serias limitaciones en el funcionamiento intelectual, conducta adaptativa, aprendizaje, interiorización de normas y prácticas sociales, cuidado personal y entendimiento de conceptos.

De acuerdo con Kirk (1975) y Nardone, Gionnotti y Rochi (2003), estas desventajas que presentan los infantes con DI hace que sus padres entren en conflicto

constante, ya que la dependencia y dificultades —presentes y futuros— de sus hijos, les impide cumplir las expectativas y esperanzas depositadas en ellos, lo que puede originar adversidades psicológicas en los padres.

Así, la presente investigación tiene el objetivo de determinar si la experimentación de emociones negativas no resueltas se asocia con la presencia de niveles de ansiedad y manifestaciones depresivas, en mamás de hijos con discapacidad intelectual.

MÉTODO

Participantes

Se trabajó con 50 madres de niños con discapacidad intelectual, de entre 17 y 49 años, elegidas a través del muestreo no probabilístico intencional, las cuales tenían un promedio de dos hijos. Respecto al estado civil: 20% vivía con su pareja, 30% eran solteras y 50% estaban separadas; 85% de ellas contaba con un trabajo remunerado, mientras que el resto era ama de casa.

Instrumentos

Las participantes contestaron las siguientes pruebas psicométricas:

- a) Cuestionarios de autoevaluación de las emociones negativas de Valdez-Medina (2012), los cuales se conforman por 115 preguntas abiertas, encaminadas a valorar la presencia y resolución de: frustración, 14 reactivos; odio, 14 interrogantes; culpa, 20 preguntas; vergüenza, 25 reactivos; envidia, 17 interrogantes, y celos, 20 preguntas. Los cuestionarios cuentan con una validez de contenido obtenida mediante un jueceo por expertos, con un acuerdo mayor a 85 por ciento.
- b) Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) de Spielberger y Díaz Guerrero (2002), el cual se integra de 40 ítems, distribuidos en dos escalas. La escala de ansiedad estado se compone de 20 oraciones con cuatro opciones de respuestas tipo Likert, orientadas a valorar la ansiedad momentánea que experimenta el evaluado. En tanto que la escala de ansiedad rasgo se constituye de 20 frases

con cuatro opciones de respuesta tipo Likert, que valoran rasgos de personalidad estables asociados con la ansiedad. Se indica que la validez del instrumento es de $r = .80$ y su consistencia interna es de $.77$.

- c) Escala Para Medir Depresión (EPMD), que fue construida por González en 2012, y está conformada por 74 ítems con cuatro opciones de respuesta tipo Likert. Su validez es de $r = .68$ y su consistencia interna, de $.97$.

Procedimiento

Firmado el consentimiento informado, de manera individual las participantes se presentaron en un cubículo de la Facultad de Ciencias de la Conducta, donde participaron en dos sesiones, con una duración aproximada de 40 minutos cada una, y respondieron los instrumentos ya descritos.

La información proporcionada por los cuestionarios fue analizada con la técnica de Análisis de Contenido de la frecuencia, la cual Krippendorff (1997) indica que consiste en dividir el objeto de estudio en categorías y subcategorías de análisis, para después registrar una frecuencia cada vez que la unidad elegida aparece. En tanto que los resultados proporcionados por las escalas IDARE y EPMD fueron tratados conforme a las normas que establece cada una de ellas.

Resultados

La aplicación de los cuestionarios de autoevaluación de las emociones negativas, permitieron observar que las participantes experimentaron las seis emociones negativas valoradas. Asimismo, evidenciaron que la emoción negativa menos resuelta fue la culpa, seguida por la vergüenza, envidia, odio, frustración y celos (tabla 1).

Tabla 1. Emociones negativas experimentadas y resueltas por las partícipes

<i>Emoción negativa</i>	<i>Resuelta</i>	<i>No resuelta</i>
Frustración	27	23
Odio	26	24
Vergüenza	23	27

Continúa...

<i>Emoción negativa</i>	<i>Resuelta</i>	<i>No resuelta</i>
Envidia	24	26
Celos	29	21
Culpa	22	28

Fuente: elaboración propia.

El cuestionario de frustración mostró que la familia fue la primordial fuente de sufrimiento para las participantes, seguida por el área académica y la discapacidad de su hijo. Las principales causas de frustración fueron: ser agredida por sus padres, no haber formado una familia, no terminar sus estudios, tener un vástago con discapacidad, no tener el apoyo necesario, falta de dinero, problemas con su esposo, carencias materiales, no poseer amistades y no tener un trabajo fijo (tabla 2).

Tabla 2. Sucesos que causaron frustración a las partícipes

<i>Categoría</i>	<i>Subcategoría</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Familiar	Agresiones de sus padres, no tener una familia, la muerte de un hijo, descuidar a sus hijos, la muerte de un familiar, sus hijos fueran alcohólicos, la enfermedad de sus hijos, no tener el apoyo de sus padres, tener un papá alcohólico, sus padres no se separaran, tener mala relación con su hermana, no tener mamá, no tener otro hijo, su mamá maltrataba a sus hijos, sus papás no encarcelaran a su novio, la mala comunicación con mamá, falta de paciencia a sus padres, no poder salir con sus hijos, ver sufrir a su hijo, el alcoholismo de su padre, ser huérfana	40	21.73
Escolar	No terminar sus estudios, no estudiar una carrera, no pasar examen de ingreso a la licenciatura, no tener buenas calificaciones	28	15.21
Discapacidad	Tener un hijo con discapacidad, la salud de su hijo a causa de la discapacidad, mala atención a la discapacidad, la discapacidad arruinó sus planes, no conocer el diagnóstico de su hijo a tiempo, no saber nada acerca de la discapacidad	24	13.04

Continúa...

<i>Categoría</i>	<i>Subcategoría</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Personal	No tener apoyo, no darse gustos, ser abusada sexualmente, una carta, ser ignorante, ser insegura, no la respeten, no cuidarse durante el embarazo, ser mala madre, no saber expresarse, no tener una mascota	23	12.5
Económica	No tener dinero, no poder pagar deudas	21	11.41
Pareja	Tener problemas con su esposo, ser agredida por su marido, no tener pareja, su esposo sea alcohólico, distanciarse de su marido, odiar a su pareja	20	10.86
Bienes materiales	No tener casa propia, poseer ropa vieja, haber vendido sus libros, le regalaran un celular, tener poca ropa, no comprar un carro, no poder poner un negocio.	13	7.06
Social	No tener amigos, perder amistades, no convivir con sus amigos, no divertirse, burlarse de los demás	8	4.34
Incumplimiento de expectativas	No tener trabajo, tener gustos de niña, no tener futuro	7	3.80

Fuente: elaboración propia.

El cuestionario de odio permitió ver que las mujeres consideran odiar a: sus familiares, a sí misma y a su pareja. Las causales son: agresiones de su papá, problemas de sus padres, no tener trabajo, perder su libertad, problemas con su esposo, ser maltratada por su marido, no vestir ropa bonita, burlas hacia a su hijo, tener que respetar a médicos poco profesionales, no tener dinero, discapacidad de su vástago, no concluir sus estudios (tabla 3).

Tabla 3. Sucesos que causaron odio a las partícipes

<i>Categorías</i>	<i>Subcategorías</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Familia	Su padre la agrediera, no tener una familia, su familia se separara, no tener la atención de sus padres, los problemas de sus padres, sus padres desconfiaran de ella, golpear a sus hijos, maltrato de su familia política, el carácter de su hermano, su hijo muriera, se enfermaran sus hijos, sus hermanos no la aprecien, su papá no quiera a sus hijos, sus padres encarcelaran a su novio, no cuidar a su suegra, la infidelidad de su hermano, descuidar a su hijo, no crecer junto a sus hermanos	62	31.15

Continúa...

<i>Categorías</i>	<i>Subcategorías</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Personal	No tener trabajo, perder su libertad, sentirse incomprendida, ser insegura, ser lastimada emocionalmente, sus malos recuerdos, intentar suicidarse, ser inestable, no la respeten, su imagen, no ser inteligente, decidan por ella, ser ignorante, llevar mala vida, la obsesión de ser madre, su persona, la mala experiencia de vida	41	20.60
Pareja	Tener problemas, la maltraten, la excluyan en la toma de decisiones, no estar con la pareja deseada, su marido no la ame, su esposo no la deje salir, no le aumente la pensión, su pareja sea alcohólica, no tener novio, le hayan sido infiel, la obligara a cuidar a su suegra, que él descansa y ella no	24	12.06
Bienes materiales	No vestir con ropa bonita, tener ropa vieja, no poseer una mascota, no tener casa propia, su hijo no tenga juguetes, no tener un negocio, no poseer un carro, perder las cosas de su negocio, no dedicarse a la crianza de animales	21	10.55
Social	Las burlas hacia su hijo, respetar a malos médicos, tener compañeros groseros, convivir con quien le quitó su trabajo, ser asaltada, no aceptaran a su hijo en Teletón, no salir a fiestas, hicieran daño a su padre, perder una amistad, su esposo fuera acusado injustamente, ser acusada arbitrariamente	18	9.04
Económico	No tener dinero, falta de estabilidad económica, no administrarse	15	7.53
Discapacidad	La discapacidad de su hijo, la mala salud de su vástago, ver sufrir a su hijo por la discapacidad, la responsabilidad que implica la discapacidad	12	6.03
Académica	No terminar sus estudios	6	3.01

Fuente: elaboración propia.

Las féminas que tomaron parte en el estudio dijeron que fundamentalmente experimentaron vergüenza en el ámbito personal, de pareja, bienes materiales y familiar, siendo las causas de ello: los defectos de su cuerpo, ser cobarde, discutir con su cónyuge, ser golpeada por su pareja, no tener casa propia, ser regañada por su progenitora frente a los demás, tener una familia desunida, no tener dinero, tener un crío discapacitado, saber que su hijo no mejorará nunca, se burlen de ella, y por no continuar estudiando (tabla 4).

Tabla 4. Sucesos que causaron vergüenza a las partícipes

<i>Categorías</i>	<i>Subcategorías</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Personal	Su cuerpo, ser cobarde, ser insegura, hablar en público, ser enojona, no solucionar sus problemas, tener sobrepeso, ser irresponsable, no saber entablar una conversación, no trabajar, caerse, tener problemas, no tener estabilidad, su primer novio, ser débil, ser mala madre, ser dependiente, no poder cambiar su vida, intentar suicidarse, ser violada, ser impaciente, no saber cocinar, tener una hemorragia, tener que trabajar, recoger comida del suelo, ser floja, ser preguntona, ser sensible, ser directa al hablar, ser sucia, ser alegre, ser triste, discutir, ser ama de casa, ser vendedora, hablar mucho, ser presumida, ser lenta, ser egoísta, ser posesiva, tener la vida revuelta, ser inconstante, estar embarazada, robar, no saber manejar, no superar su niñez	213	63.39
Pareja	Discutir con esposo, ser agredida físicamente, su pareja la corriera de la casa, la ofendan delante de los demás, haberse escapado con su novio, su marido no la defendiera de su familia, ser tímida con su pareja, él sea celoso, su esposo sea alcohólico, su marido no sea alegre, su pareja esté feo, no den buen ejemplo, abandonar a su esposo	23	6.84
Bienes materiales	No tener casa propia, usar ropa sencilla, tener un celular viejo, su casa no esté bien amueblada, quebrara su negocio	23	6.84
Familia	Ser regañada por su mamá frente a otros, su familia supiera que tenía dos novios, su madre fuera golpeada, tener una familia desunida, contestarle mal a su mamá, su familia se enterara de sus problemas, el accidente de su hijo, asesinaran a su vástago, los berrinches de su hijo, no haber luchado por sus vástagos, tener una familia seria, convivir con la familia de su esposo	19	5.65
Económico	No tener solvencia económica, pedir dinero prestado, le cobraran una deuda cuando iba en la calle, no tener estabilidad monetaria	16	4.76
Discapacidad	Su hijo sea discapacitado, saber que su vástago nunca mejorará, la salud de su hijo continúe empeorando	15	4.46
Social	Se burlaran de ella, no ser sociable, su amiga robara cosas, la acusaran de salir con un casado, discutir con una doctora	15	4.46
Académica	No haber seguido estudiando, no tener una carrera	12	3.57

Fuente: elaboración propia.

El cuestionario de envidia mostró que las participantes señalaron experimentar esta emoción por quienes son amados, tienen trabajo, poseen casa propia, se comunican con su familia eficientemente, tienen una familia unida, poseen dinero, se divierten, salen de paseo, llevan una buena relación con su pareja, a los matrimonios que superan sus problemas, a los papás que tienen niños sanos, a los demás infantes y a quienes terminaron una licenciatura (tabla 5).

Tabla 5. Sucesos que causaron envidia a las partícipes

<i>Categorías</i>	<i>Subcategorías</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Personal	A los que son amados, a quienes tienen trabajo, a quienes son apoyados, a los que tienen tranquilidad, a quienes son pacientes, a los libres, a los felices, a quienes toman buenas decisiones, a las mujeres de buen cuerpo, a los autosuficientes, a los hijos únicos, a los decididos, a quienes saben negociar, a las mujeres que se embarazan, a quienes se superan, a quienes saben manejar, a los que tienen salud, a quienes tienen confianza, a los que hacen ejercicio, a quienes reciben regalos, a los limpios	69	23.46
Bienes materiales	A quienes tienen casa propia, a los que tienen carro, a quienes tienen mejor ropa, a los que de niños tuvieron juguetes, a quienes se compran lo que desean, a sus hermanos que recibieron herencia, a los que tienen logros en la vida, a quienes tienen su casa amueblada	67	22.78
Familia	A las familias con buena comunicación, a las familias unidas, a sus hermanos, a los que son queridos por sus padres, a su hijo con discapacidad, a quienes tienen a sus dos papás, a los que tienen a sus hijos sanos, a sus cuñadas, a quien tiene a su papá, a sus primas, a sus sobrinos, a quienes conviven con sus padres	66	22.44
Económico	A quienes tienen dinero, a los que tienen estabilidad económica	40	13.60
Social	A quienes se divierten, a quienes pasean, a los que conviven con amigos, a quienes no trabajan para comer.	25	8.50
Pareja	A las parejas con una buena relación, a los matrimonios que superan sus problemas, a quienes tienen una pareja, a las parejas elegantes, a quien se casó con su novio, a quienes tuvieron una boda	12	4.08
Discapacidad	A quienes tienen hijos sanos, a otros niños	10	3.40
Académica	A quienes terminaron una carrera, a su exesposo por titularse	5	1.70

Fuente: elaboración propia.

Con respecto a los celos, las mujeres refirieron haber vivenciado primordialmente esta emoción en el área de pareja, personal y familiar; las razones de ello son: que su esposo hable con otras féminas, le quiten el tiempo a su marido, copien su vestimenta, otros sujetos se acerquen a sus papás, convivir con otras personas, a otros individuos les guste su casa, le consigan dinero, y que su vástago esté al cuidado de otros (tabla 6).

Tabla 6. Sucesos que causaron celos a las participantes

<i>Categorías</i>	<i>Subcategorías</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Pareja	Hable con otras mujeres, le quiten el tiempo, fue infiel, las féminas lo miren, dedique tiempo a otras, reciba mensajes, sea agradable, le coqueteen, sea coqueto, piensen que no es su pareja, lo busquen en casa, otras personas le pidan las lleve a su casa, su trabajo, mire a otras mujeres, no le comunique sus decisiones, sea amable con los demás, no le dedique tiempo, conociera al hijo de su ex, se arregle mucho, no llegue temprano a casa, le den regalos, visite a sus otros hijos, abrace a otros niños, abrace a su hija, le digan que es guapo, no avise dónde está	108	37.11
Personal	Copien su estilo, deseen su trabajo, le quiten su tranquilidad, busquen superarse como ella, sean independientes, quieran su fortaleza, roben sus ideas, su salud, le quiten su tiempo, invadan su espacio, decidan por ella, vea que hay mujeres superiores, sus derechos, le quiten su trabajo	66	22.68
Familia	Otros se acerquen a sus papás, sus padres salgan sin ella, su familia, sus papás apoyen a sus hermanos, sus hijos se vayan con otra persona, a su vástago, su mamá conviva con otros, su hijo hable de sus novias, su hermano converse de sus amigas, no vivir con sus papás, a su hermana, otros niños	55	18.90
Social	Convivir con otras personas, convivir con su familia	29	9.96
Bienes materiales	Les guste su casa, usen sus cosas, les agrade lo que compró, su ropa, sus libros, su perro	24	8.24
Económico	Me consigan dinero, quieren su estabilidad económica	9	3.09

Fuente: elaboración propia.

En cuanto a la culpa se encontró que el área personal, de pareja y familiar fueron los contextos donde las participantes indicaron haber experimentado primordialmente esta emoción. Los motivos de ello son: ofender a los demás, hacer llorar a la gente,

discutir con su cónyuge, hacer enojar a su pareja, molestarse con sus padres, reprender a sus críos, se molesten con ella por su actitud al conocer la discapacidad de su hijo, y por no pagar el dinero que le prestan (tabla 7).

Tabla 7. Sucesos que causaron culpa en las partícipes

<i>Categorías</i>	<i>Subcategorías</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Personal	Ofender a otros, hacer llorar a la gente, perder amistades, hacer sentir incómodas a las personas, gritar, disgustarse, discutir, humillarse, hablen mal de ella, mentir, no aceptar invitaciones, ser desorganizada, distraer a sus hijos, ser apoyada, no avisar del accidente de su hijo, intentar suicidarse, romper la relación con su prometido, dejar solos a sus hijos, estar en deuda con otras personas, ser comparada, enojarse con la vida, llamar la atención con sus actos, preocuparse	100	29.58
Pareja	Discutir con su pareja, hacerlo enojar, reclamarle, reprenderlo por beber, ser maltratada por él, presionarlo con mentiras, que él sea agresivo, suspenda sus actividades por complacerla, no estar juntos, piense mal de ella, que él regañe a sus hijos, decida por ella, se sienta menos que ella, exigirle demasiado, por celarlo	76	22.48
Familia	Molestarse con sus padres, su familia pelee, reprender a sus vástagos, sus papás regañaran a sus hijos, la enfermedad de sus padres, conflictos con hermanos, la separación de sus progenitores, sus papás regañen a sus hermanos por su culpa, abandonar a sus hijos, su familia no fue unida, la muerte de su hijo, sus padres pelearan con su esposo, no hablar con su madre, huir de la casa de sus papás, sus hijos sean traviesos, no hablar con su vástago, su hija la escuche pelear, hacer sentir culpa a sus hijos	58	17.15
Social	La gente se moleste por su actitud, las personas se distancien de ella, tratar mal a la gente, no vaya nadie a su fiesta, la ayuden, juzgar a los otros, hacer lo que a ella le gusta, la inviten a salir y no gaste nada, necesitar que le expliquen varias veces, hacer que la gente se enferme, equivocarse en el trabajo, su discreción, le mientan, piensen que no le importa la amistad de nadie	54	15.97

Continúa...

<i>Categorías</i>	<i>Subcategorías</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Discapacidad	Conocer el diagnóstico de su hijo, el accidente que le causó discapacidad a su vástago, las enfermedades de su hijo, su vástago tome medicamentos, ver llorar a su hijo, no saber cuidar a su vástago, ser descuidada con su hijo	48	14.20
Económico	Le presten dinero y no pague	2	0.59

Fuente: elaboración propia.

El resultado del Inventario IDARE indica que las 23 partícipes que dijeron no haber resuelto al menos una emoción negativa, presentaron niveles de ansiedad estado y ansiedad rasgo (tabla 8).

Tabla 8. Partícipes con al menos una emoción negativa no resuelta, que presentaron niveles de ansiedad rasgo y ansiedad estado

<i>Emociones negativas</i>	<i>Ansiedad estado</i>	<i>Ansiedad rasgo</i>
Resueltas	27	27
No resueltas	23	23

Fuente: elaboración propia.

La aplicación de la escala EPMD evidencia que las féminas con emociones negativas no resueltas, mostraron manifestaciones depresivas (tabla 9).

Tabla 9. Partícipes con al menos una emoción negativa no resuelta, que presentaron manifestaciones depresivas

<i>Emociones negativas</i>	<i>Manifestaciones depresivas</i>
Resueltas	27
No resueltas	23

Fuente: elaboración propia.

DISCUSIÓN

La aplicación de los instrumentos a las participantes permitió observar que en 23 de ellas se cumplió la secuencia que Valdez-Medina (2009) propone para explicar la génesis de la ansiedad y la depresión, ya que a raíz de un estímulo sorpresa o

significativo que no fue aceptado o rechazado, presentaron emociones negativas no resueltas, y posteriormente, niveles de ansiedad y manifestaciones depresivas. Las 27 mujeres restantes mencionaron haber resuelto las emociones negativas vivenciadas, y tal postura fue respetada, aun cuando los resultados de los cuestionarios y las escalas IDARE y EPMD las contradijeran. De acuerdo con Castillo (1998), esto puede deberse a la negación de la realidad en la que suelen instalarse los padres de niños con discapacidad, lo que les impide dimensionar y aceptar las dificultades futuras de su hijo; sin embargo, tal rechazo no los exime de experimentar baja estima, así como trastornos emocionales.

En este sentido, pudo notarse que 27 participantes presentaron niveles de ansiedad. Hecho que para Rolland (2000), Tovar (2013) y Ehrlich (2013) tendría un claro origen: la incertidumbre que origina el futuro del vástago discapacitado, debido a su imposibilidad para afrontar por sí solo los desafíos de la vida. A lo anterior, Mustaca (1999) y Mankeliunas (2001) anexan la ansiedad generada por el incumplimiento de metas y proyectos personales, acontecimiento que también declararon las mujeres que participaron, pues expresaron su incomodidad por no tener una familia, bienes materiales y por carecer de una licenciatura.

En el mismo orden de ideas, pudo advertirse que tras la experimentación y no resolución de emociones negativas, 27 participantes experimentaron manifestaciones depresivas. Característica que para Ehrlich (2013) se puede deber a la desilusión que genera el nacimiento de un hijo discapacitado, pues éste se verá impedido para cumplir las expectativas que en él se habían depositado. A esta situación, Palmero *et al.* (2002) y León *et al.* (2003) añaden las problemáticas familiares y recriminaciones de pareja que surgen con un vástago discapacitado, lo que deteriora el optimismo y energía de la mujer. Eventos que según Kawage *et al.* (2006) pueden llevar del aplanamiento emocional al aislamiento.

Por otra parte, el procedimiento aplicado permitió advertir que el área personal fue la que generó más emociones negativas no resueltas en las participantes, debido a la autopercepción de carencias monetarias, laborales, familiares y personales. De acuerdo con Garrido (2000), esto se explica por el malestar que genera no concretar las expectativas propias, lo que ocasiona pesimismo individual y vergüenza.

La vergüenza fue la emoción negativa experimentada con mayor frecuencia en la muestra con la que se trabajó. Ehrlich, De Uslar y Molina (2013) comentan que esta emoción surge tras no haber alcanzado las expectativas individuales, mientras que

para Valdez-Medina (2009) se debe a la percepción de haber perdido un recurso o satisfactor que ponía al individuo a la par o por encima de los demás, por lo que en adelante será visto como perdedor. Por su parte, García *et al.* (2005) indican que dicha emoción hace que la persona no se acepte, lo que la llevará a tener baja autoestima, juicios negativos de sí misma y sus habilidades, o bien, tenderá a desacreditarse ante los demás.

En similar orden de ideas, se observó que la familia fue la segunda productora de emociones negativas en las participantes, primordialmente por dificultades con los padres, incluyendo agresiones por parte de éstos. Tales sucesos, de acuerdo con González (2005), son consecuencia de la diferencia generacional y de objetivos que hay entre progenitores e hijos, lo que crea problemas entre ellos. Hechos que, según Ortega *et al.* (2006), origina poca interacción entre padres e hijos y por ende, falta de empatía, afecto, atención, comunicación y amor filial.

Asimismo, pudo percibirse que la tercera arista generadora de más conflictos en las mujeres fue la pareja, al ser los celos la emoción negativa más frecuente. Hecho que confirma lo expuesto por Vuchinich (1986), quien postula que vivir con otra persona incrementa la interacción personal y por ende los conflictos, los cuales, según Hocker y Wilmot (1991), se deben a que en esta relación afectiva, frecuentemente se violan los límites interpersonales, sociales y morales, permitiendo la intromisión de una tercera figura y, por tanto, la pérdida o disminución de los privilegios que se ostentan al lado de la pareja, lo que incrementa la sensación de baja o nula recompensa en quien es engañado.

Por otro lado, tener un hijo con discapacidad produjo un importante número de emociones negativas en las participantes. La culpa es la emoción más frecuente, ya fuera por un acontecimiento real —no saber atender a un discapacitado, no llevarlo a recibir atención médica— o imaginaria, “no cuidarse de la luna” o haber comido algo que dañó al infante. Según lo expuesto por Ortega *et al.*, esta culpabilidad es justificable sobre todo cuando los padres no aceptan la minusvalía de sus hijos, misma que los lleva a abandonarlos, sobreprotegerlos o avergonzarse de ellos. Acontecimiento que conforme a Tovar (2013), se ve exacerbado cuando el padre considera que no ha hecho todo lo que está a su alcance para evitar incomodidades a su vástago.

Barbaranne (2013) asevera que tras nacer un hijo con discapacidad, es común que la culpa esté más presente en las madres, pero ello no exenta de esta emoción a los papás, lo que origina confrontaciones y recriminaciones constantes en la pareja, con

la intención de encontrar al responsable de la condición de su infante; según Rolland (2000), dichos enfrentamientos son estériles y sólo dañan la relación de pareja, dando paso a una sobrecarga emotiva permanente, atribuida a la minusvalía de su hijo.

En este sentido, pudo observarse que la vergüenza fue otra de las emociones negativas experimentadas por tener un hijo discapacitado. Al respecto, León *et al.* (2003) y García (2005) afirman que esta emoción es común en los padres de estos niños, pues consideran su discapacidad como un fracaso personal, lo que los lleva a la desesperanza y a valorarlo como una carga. Evento que Kawage *et al.* (2006) consideran el principal predisponente para el abandono u ocultamiento, máximos actos de vergüenza que pueden tener los padres hacia un hijo minusválido.

Asimismo, pudo notarse que otro estado emotivo usual en las partícipes fue la envidia. Esta emoción, de acuerdo con Chóliz y Gómez (2002) y Valdez-Medina (2009), consiste en un deseo gradual de lo que otras personas tienen, a fin de superar una inferioridad percibida. Tal postura fue corroborada en la muestra, cuando las participantes dijeron envidiar a los padres que no tenían hijos discapacitados; “su ejercicio de la paternidad es más cómodo y sin tantos contratiempos” y a los niños sanos, “a los infantes normales no se les quedan viendo en la calle y no se burlan de ellos”.

Molina y De Uslar (1997) y Tovar (2014) señalan que en los padres de niños discapacitados, ocurre un fenómeno llamado *shock por la discapacidad*, entendido como una conmoción tras conocer el diagnóstico de su hijo y concluir que éste no cumplirá las expectativas y deseos proyectados, suceso que los lleva a buscar un responsable de su situación. Dicho fenómeno fue vivenciado por la mayoría de las mujeres con quienes se trabajó, pues tras conocer la discapacidad de su vástago manifestaron sentirse mal, arrepentirse de ser madres, haberse paralizado, tener remordimientos por el futuro de sus críos y no saber qué hacer, a esto se sumó la necesidad de encontrar una explicación de lo que estaban viviendo, observándose que las 50 participantes concluyeron que la condición de sus hijos era su responsabilidad, lo que les generó culpa y vergüenza.

REFERENCIAS

- Alvarado-Orozco, J. (2012). *Frustración, odio y culpa, origen de la personalidad en conflicto*. Tesis de maestría inédita. Universidad Autónoma del Estado de México.

- Asociación Americana de las Discapacidades Intelectuales y de Desarrollo (2010). *Discapacidad Intelectual: Definición, clasificación y sistemas de apoyo*. México: Alianza Editorial.
- Barbaranne, B. (2013). *Un niño especial en la familia: Guía para padres*. México: Trillas.
- Breton, S. (1997). *La depresión*. España: Ediciones Martínez Roca.
- Calderón, G. (1999). *Depresión*. México: Trillas.
- Castillo, B. (1988). *La dinámica de relación entre una persona con retardo mental y sus hermanos*. Tesis de licenciatura inédita. México: Universidad Iberoamericana.
- Chinchilla, A. (1999). *Guía terapéutica de las depresiones*. España: Masson.
- Chóliz, M. y Gómez, C. (2002). Emociones sociales II: Enamoramiento, celos, envidia y empatía. En F. Palmero, E. G. Fernández-Abascal, F. Martínez y M. Chóliz (Eds). *Psicología de la motivación*. España: Mc Graw-Hill.
- De la Gándara, J. y Fuertes, J.C. (1999). *Angustia y ansiedad*. España: Pirámide.
- Ehrlich, M. De Uslar, E. y Molina, A. (eds.) (2013). *Discapacidad: Enfrentemos juntos el reto*. México: Trillas.
- Fernández, J.T. (enero, 2006). "Hacia un nuevo camino": programa de investigación-acción sobre autoestima y musicoterapia con mujeres violentadas. *Enseñanza e investigación en psicología*, 11(1). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29211105>
- García, M. et al. (eds.) (2005). *Psicología especial, Tomo I*. Cuba: Félix Varela.
- Garrido, I. (2000). *Psicología de la emoción*. España: Síntesis.
- González, E. (2005). *Padres, hijos y amigos, la educación de los adolescentes*. España: CCS.
- Guerrero, J.M., Prepo, A.R. y Loyo, J.G. (marzo, 2016). Autotrascendencia, ansiedad y depresión en pacientes con cáncer en tratamiento. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(2). Recuperado de <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/1165/1021>
- Hocker, J.L. y Wilmot, W.W. (1991). *Interpersonal conflict* (3ª ed.). USA: William C. Brown.
- INEGI (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática) (2011). *Censo de población y vivienda: discapacidad en México*. Recuperado de cuéntame.inegi.org.mx/población/discapacidad.aspx?tema=P
- Kawage, A. et al. (2006). *Los hijos discapacitados y la familia*. México: Trillas.
- Kirk, S.A. (1975). *Educación familiar del subnormal*. España: Fontanela.
- Krippendorff, K. (1997). *Metodología de análisis de contenido. Teoría y práctica* (1ª reimp.). España: Paidós.
- León, R. et al. (2003). El impacto en la familia del deficiente mental. *Revista universitaria de formación del profesorado*, 17(2). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27417211>

- Luengo, D. (2005). *La ansiedad al descubierto: Cómo comprenderla y hacerle frente*. España: Paidós.
- Mankeliunas, M. (2001). *Psicología de la motivación*. México: Trillas.
- Medina-Mora *et al.* (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica. *Salud Mental*, 26(4). Recuperado de http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/956/954
- Molina, A. y De Uslar, E. (1997). *Deficiencia mental en menores con discapacidad y necesidades educativas especiales*. México: Secretaría de Educación Pública.
- Morris, Ch. y Maisto A. (2009). *Psicología*. México: Pearson Educación.
- Mustaca, A. (1999). Respuestas rápidas bifásicas del sistema inmune por frustración y euforia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 31(1). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80531108>
- Nardone, G., Gionnotti, E. y Rochi, R. (2003). *Modelos de la familia*. Barcelona: Herder.
- Ochoa, I., Espina, A. y Ortego, M.A. (2006). Un estudio sobre personalidad, ansiedad y depresión en padres de pacientes con un trastorno alimentario. *Clínica y salud*, 17(2). Recuperado de <http://www.copmadrid.es/webcopm/resource.do?recurso=4000&numero=2006172>
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2014). *Salud Mental*. Recuperado de www.who.int/topics/mental_health/es/
- Ortega, P. *et al.* (2006). Actitud de los padres en la sociedad con hijos e hijas con necesidades especiales. *Psicología y Ciencia Social*, 8(1). Recuperado de <http://cuved.com.mx/revistas/index.php/pycs/article/view/206/163>
- Ortega, P. *et al.* (2014). La estructura familiar y los diferentes tipos de discapacidad. *Revista Internacional PEI: Por la psicología y la educación integral*, 3(6). Recuperado de <http://www.peiac.org/Revista/Numeros/No6/estructurafamiliar.html>
- Palmero, F. *et al.* (2002). *Psicología de la motivación y la emoción*. España: Mc Graw Hill.
- Plata, M. *et al.* (2011). Depresión y ansiedad en la residencia médica. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 16(3). Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2011/rmq113f.pdf>
- Plutchik, R. y Kellerman, H. (1980). *Emotion. Theory, research and experience*. Vol 1. USA: Academic.
- Preston, J. (2001). *Cómo vencer la depresión*. Colombia: Pax.
- Priest, R.G. (1992). *Ansiedad y depresión*. Barcelona: Plural.
- Rojas, E. (1981). *Psicopatología de la depresión*. España: Salvat.
- Rolland, J.S. (2000). *Familias, enfermedad y discapacidad*. España: Gedisa.

- Suinn, R.M. (1993). *Entrenamiento en manejo de la ansiedad*. España: Biblioteca de Psicología.
- Tovar, J.J. (2014). Proyecto para la integración a las facultades de ciencias de la salud la cátedra del paciente con discapacidad. *Revista Mexicana de Educación Médica*, 14(1). Recuperado de www.amfem.edu.mx/intranet/modulen.php?name=New&file=artide&5id=13
- Tovar, O. (2013). *Un duelo silente*. México: Trillas.
- Valdez-Medina, J.L. (2009). *Teoría de la paz o equilibrio*. México: EDAMEX.
- Vallejo, R. y Gastó, F. (1990). *Trastornos afectivos: Ansiedad y depresión*. España: Salvat.
- Vinaccia, S. et al. (2006). Calidad de vida en pacientes con lupus eritematoso sistémico. *Revista Colombiana de Psicología*, 15(1). Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/13667/1/1232-6303-1-PB.pdf>
- Vuchinich, S. (1986). On attenuation in verbal family conflict. *Social Psychology Quarterly*, 49(4). Recuperado de https://www.jstor.org/stable/2786767?seq=1#page_scan_tab_contents
- Walling, M. et al. (2012). Ansiedade, depressão e estresse em pacientes com síndrome metabólica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 64(1). Recuperado de <http://seer.psicologia.ufrj.br/index.php/abp/article/view/745/677>

LA APATÍA Y SUS IMPLICACIONES EN LA SALUD MENTAL DE JÓVENES MEXICANOS

Yessica Paola Aguilar Montes de Oca
Norma Ivonne González Arratia López Fuentes
Sergio González Escobar
Soñía Rivera Aragón
Martha Adelina Torres Muñoz
Jorge Alvarado Orozco

INTRODUCCIÓN

En los últimos tiempos, el término *apatía* ha cobrado relevancia en la población en general y particularmente entre los jóvenes, para definir al estado caracterizado por la ausencia de interés por participar en actividades relacionadas con la familia, con la escuela e incluso actividades sociales o personales. Se le ha valorado negativamente debido a que se le distingue por la deficiencia de respuesta frente a la vida socioemocional. Esto, aunado a los índices de desocupación laboral y de abandono educativo que van en aumento (Cámara de Diputados, 2014; Azar, 2014; Paredo y Velasco, 2010), al tiempo que la participación en actividades cívicas y el desarrollo de actividades sociales y familiares disminuyen (OMS, 2001; Passarotto, 2012; Hoffman y Thomson, 2009).

En términos etimológicos, la palabra *apatía* es derivada del latín *apathía* y éste a su vez del griego *apatheia* (ἀπάθεια), cuyo significado alude a la “ausencia de pasiones, emociones, sentimientos o enfermedad” (Real Academia Española, 2014, p. 1). Así, este concepto se define como “la impassibilidad del ánimo y dejadez, indolencia, falta de vigor o energía” (Abbagnano, 2004, p. 5). La *apatía* fue definida desde la antigua Grecia por los filósofos estoicos como una disposición del espíritu a la pobreza de voluntad y a la falta de interés por las preocupaciones humanas; este estado era buscado para acceder a la virtud que conduce a la felicidad (Parra, 2000).

Siguiendo esta línea, los cristianos retomaron la acepción del término y concordaron en que era un estado que debía buscarse, ya que alejaba al hombre de las

preocupaciones mundanas y lo acercaba a Dios. Empero, posteriormente, los mismos cristianos consideraron a la apatía como una falta de amor y devoción a Dios, al no permitirles ayudar a sus semejantes y cambiaron el término por pereza (Cabrera, Peral y Barajas, 2012).

Además, la palabra *apatía* se retomó al tiempo de la Primera Guerra Mundial, para caracterizar al estado de entumecimiento emocional e indiferencia hacia las interacciones sociales normales presentado como una de las neurosis de la posguerra. Esta definición abrió el campo a la investigación desde diferentes áreas, principalmente a la neuropsiquiatría y la neurociencia clínica, las cuales encontraron que la apatía es un síntoma de la depresión que se presenta como la pérdida de motivación y no se debe a alteraciones de la inteligencia, emociones o niveles de conciencia; este síntoma también es vinculado con la ansiedad (APA, 2002; OMS, 2001). Ello constituye una alerta de salud pública, ya que 7% de la población mexicana presenta depresión y 17.8% padece trastorno de ansiedad (Berenzon *et al.*, 2013).

En este sentido, se ha encontrado evidencia que indica que es uno de los cambios de comportamiento asociados con mayor frecuencia a lesiones del eje de la corteza prefrontal, los ganglios basales, el núcleo caudado, el pallidum interno y el núcleo del tálamo dorsomedial, en las enfermedades de Alzheimer (Marín, 1996), de Huntington (Ready *et al.*, 2003) y Parkinson (Pluck y Brown, 2002), en la parálisis supranuclear progresiva, accidentes cerebro-vasculares, trauma cráneo-encefálico (Starkstein y Leentjens, 2008), la esquizofrenia (Ready *et al.*, 2003) y en las enfermedades crónico-degenerativas (Agüera *et al.*, 2010).

De acuerdo con datos estadísticos, la apatía se presenta en porcentajes variables (25-70%) en: demencia tipo Alzheimer (Ready *et al.*, 2003; Agüera *et al.*, 2010; Pluck y Brown, 2002), enfermedad de Parkinson (Pluck y Brown, 2002), accidentes cerebro-vasculares (Starkestein *et al.*, 1993), trauma cráneo-encefálico (Reinfeld y Rojas, 2005), así como en enfermedades de tipo sistémico como la distrofia miotónica (Kant, Duffy y Pivovarnik, 1998).

Al respecto, Cabrera, Peral y Barajas (2012) y Marín (1996) postulan a la apatía como un síndrome comportamental que posee una disfunción en el proceso que origina los actos estimulados de manera externa o interna, con una alteración en los sistemas generadores y controladores de la voluntad. Levy, Cummings y Fairbanks (1998) agregan que es un déficit cuantitativo de los comportamientos voluntarios

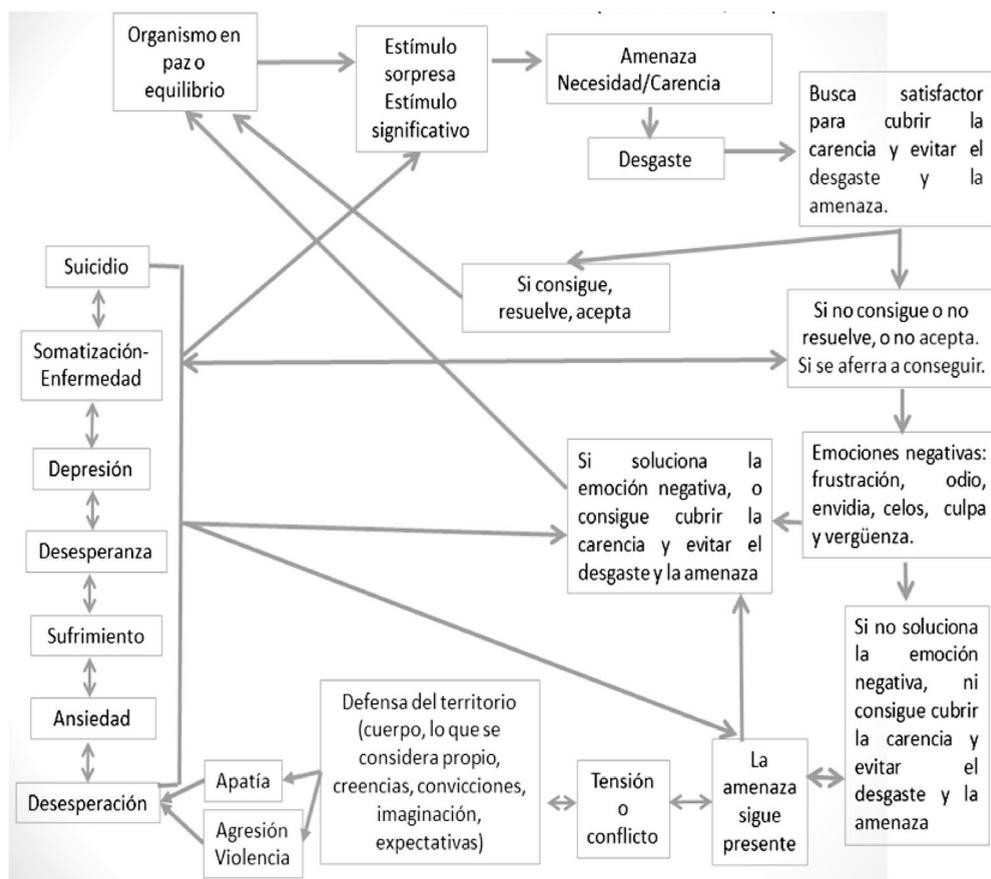
y también que es una deficiencia emocional y cognitiva vinculada con estímulos internos (autoactivación) o externos (heteroactivación).

Marín (1996) propone una conceptualización alternativa al considerar a la apatía como un síndrome o enfermedad con una etiología claramente definida, la cual se compone de una carencia de motivación primaria que no se debe a angustias emocionales, degeneración intelectual o disminución del nivel de conciencia.

Dado lo anterior, se observa que las definiciones concuerdan en que la apatía es un síntoma presente en diferentes enfermedades o trastornos; sin embargo, el presente estudio considera que es un estado valorado de manera positiva, ya que puede presentarse cuando el individuo no percibe algún desafío (Cosentino, 2010), o cuando se piensa que se encuentra en una situación satisfactoria y no tiene la necesidad de superar algún obstáculo (Mises, 1986). Esta acepción señala que el ser humano posee esta característica de personalidad en algún momento de su existencia, por lo tanto no constituye trastorno, enfermedad o anormalidad alguna.

De esta manera, la apatía se define como “una falta de interés por participar en alguna actividad, al considerar que no se obtendrá algo favorable para sobrevivir o para tratar de llegar a ser más y mejor que otros o que sí mismo” (Aguilar *et al.*, 2015, p. 328). Esta definición es propuesta por Valdez-Medina (2009), dentro de la Teoría de la paz o equilibrio, que considera que la vida humana tiene dos objetivos: el biológico y el psicosociocultural, y la apatía se origina cuando existe tensión, conflicto, desesperación o ansiedad, y sus consecuencias son: la desesperanza, la depresión, la somatización-enfermedad e incluso el suicidio (Valdez-Medina, 2009; Cosentino, 2010; Mises, 1986; Negrete y Leyva, 2013; Valdez-Medina y Aguilar, 2014) (figura 1).

Figura 1. Círculo del miedo



Fuente: Valdez-Medina, 2014.

En este sentido, se ha encontrado una tendencia importante hacia el pesimismo, caracterizado por “la propensión a ver y juzgar las cosas en su aspecto más desfavorable... En esta línea, la evidencia empírica demuestra que el pesimismo promueve la depresión, la ansiedad, la baja autoestima, la desesperanza, la ideación suicida y el abuso de sustancias” (González-Arratia y Valdez-Medina, 2012, p. 208), lo que sugiere su asociación con la apatía y, en consecuencia, la asociación de ésta con

ansiedad y depresión, propuesta que además se apoya con los reportes de instituciones internacionales, como la American Psychiatric Association y la Organización Mundial de la Salud (APA, 2002; OMS, 2001).

Con base en esta propuesta teórica, se sugiere que existe relación entre las variables pesimismo, apatía, ansiedad y depresión (figura 2).

Figura 2. Propuesta teórica



Fuente: elaboración propia.

Dado que la Teoría de la paz o equilibrio (Valdez-Medina, 2009) considera que puede existir un vínculo entre dichas variables con el estado de paz o equilibrio, resulta necesaria la revisión cuidadosa de cada variable y su relación con la apatía, al plantear la hipótesis de existencia de correlación estadísticamente significativa entre la apatía, el pesimismo, la ansiedad, la depresión y el estado de paz o equilibrio.

PESIMISMO

El pesimismo ha formado parte de los problemas actuales que se presentan de manera frecuente en la sociedad moderna. Se define como “la propensión a ver y juzgar las cosas en su aspecto más desfavorable” (González-Arratia y Valdez-Medina, 2012, p. 208). La definición etimológica del término pesimismo proviene del latín *pessimus*: lo peor (Abbagnano, 2004).

Seligman (2006) propone que el pesimismo es una disposición negativa para interpretar las dificultades cotidianas, bajo la creencia de que estos contratiempos durarán mucho tiempo, no se tendrá control sobre ellos y dominarán todo lo que se haga de manera permanente.

Una persona con pesimismo tiene una perspectiva del futuro y de las personas de forma negativa; ante cualquier proyecto a emprender siempre piensa en las dificultades

que se pueden presentar; además de esperar los peores resultados posibles, tiende a participar poco en actividades y prefiere seguir la rutina que le da la ilusión de seguridad, antes que esforzarse para adaptarse a nuevas circunstancias (Alberoni, 2003).

Diversos autores (Sheier, Calver, Bridges, 1994; Seligman, 2002; Alberoni, 2003) han reportado que el pesimismo se relaciona con la disminución en la autoestima y el rendimiento, con relaciones interpersonales inestables, con “la desesperanza, depresión, ansiedad, ideación suicida y el abuso de sustancias” (Lemola *et al.*, 2009, p. 73), disminuye la salud física y la esperanza de vida. Limita la voluntad para enfrentar las dificultades y lleva a rendirse antes de iniciar una actividad que represente un reto debido a que se piensa en que no se podrá lograr, aún en situaciones en que se requiera sólo un poco de esfuerzo y persistencia (Sheier *et al.*, 1994, p. 1066).

Con lo anterior, se observa que las definiciones de pesimismo son muy cercanas a las propuestas para la apatía; sin embargo, no existen estudios que evidencien la relación entre ambas variables, a pesar de que se presentan de manera frecuente y su presencia conlleva problemas de salud considerables para la población. Es así que se tiene la hipótesis de que existe una relación positiva entre ambas variables; de forma específica se plantea la posibilidad de que el pesimismo sea un precursor de la apatía.

ANSIEDAD

La ansiedad está compuesta por síntomas de carácter cognitivo, psicofisiológico y motor de naturaleza anticipatoria. “Esto quiere decir que la respuesta de ansiedad posee la capacidad de anticipar o señalar un peligro o amenaza para el propio individuo. Esto confiere a la ansiedad un valor funcional importante, ya que posee una utilidad biológico-adaptativa” (Sandín y Chorot, 1995, p. 45).

Valdez-Medina (2009) define a la ansiedad como un estado de alerta permanente, ante la posibilidad de aparición de un estímulo sorpresa o significativo, que altere el estado de paz o equilibrio, en el que el individuo estima que se encuentra. Puede originarse debido al aumento de tensiones internas y externas que aminoran las habilidades o capacidades para afrontar o enfrentar situaciones que de manera normal se pueden manejar.

La ansiedad puede ser leve, cuando hay ausencia de síntomas, y puede servir de ayuda en la toma de decisiones; moderada cuando los síntomas son moderados como:

temblores, sudoración o dificultades intestinales, mismas que podrían interferir con las actividades cotidianas; grave o severa, cuando los síntomas impiden la realización de actividades diarias, apareciendo crisis de pánico; en esta etapa se requiere tratamiento inmediato (Caicedo, Carchi y Chuquimarca, 2011), ya que puede afectar los pensamientos, la capacidad de toma de decisiones, la percepción del ambiente, el aprendizaje, la atención y la concentración.

Las estadísticas apuntan a que la ansiedad es uno de los desórdenes clínicos más frecuentes, además de presentarse de manera comórbida con la depresión (Bernstein y Garfinkel, 1992; García, 1997). En México, 17.8% padece algún trastorno de ansiedad (Berenzon *et al.*, 2013). El DSM IV (2002) y el CIE 10 (2001) dejan ver la relación de la apatía con la ansiedad; por tanto, resulta necesaria la inclusión de esta variable para el estudio de la apatía.

DEPRESIÓN

La depresión es un trastorno afectivo recurrente y crónico, que requiere un tratamiento a largo plazo. Entre sus manifestaciones clínicas más frecuentes se encuentran: el descenso del estado de ánimo, pérdida de interés o placer (anhedonia), baja autoestima, alteraciones del sueño o del apetito, cansancio, falta de concentración, aumento de la autocrítica y los niveles de perfeccionismo, lo que dificulta el desempeño de las actividades cotidianas y en última instancia puede llevar al suicidio. Sus causas pueden ser ambientales, neurobiológicas o caracterológicas (Botto, Acuña y Jiménez, 2014; OMS, 2013).

Manuales como el CIE 10 (2001) y el DSM IV (2002) indican que la apatía es un síntoma característico de la depresión, lo cual hace importante su estudio, dado que la prevalencia de la depresión en la población mundial se encuentra entre 8 y 12%; mientras que en México está entre 12 y 20% en población adulta y entre 15 y 20% en población juvenil (Riveros, Hernández y Rivera, 2007; Varela, 2011; Berenzon *et al.*, 2013; Secretaría de Salud, 2014).

Es así que la población juvenil ha sido de interés para el estudio de diversas variables en el ámbito de la salud mental, dadas las consecuencias en los ámbitos familiar, académico, social e individual. La salud mental de los jóvenes puede sufrir afectaciones al ingresar a la universidad, debido a las exigencias académicas, la carga

horaria, dificultades en el aprendizaje, presiones, competitividad entre compañeros, cambios en los hábitos alimentarios y de sueño (Gutiérrez *et al.*, 2010).

El tiempo que los jóvenes pasan en la escuela los lleva a desarrollar comportamientos que ayudan a afrontar diversas situaciones estresantes, que configuran la percepción que tienen de sí mismos. Esta percepción puede ser negativa y dar origen a la depresión, dependiendo de la amenaza y su significado, el sentimiento de fracaso, la desaprobación y la desilusión que tengan para el sujeto (Amézquita y González, 2003; Osornio y Palomino, 2009). Cuando estas características interactúan con factores biológicos, como sexo, antecedentes heredo-familiares, enfermedades y factores sociales, como la muerte de un ser querido, separación de los padres, dificultades económicas, problemas en las relaciones sociales, consumo de sustancias, etc., se deteriora la salud mental de los individuos. Además de lo anterior, deben considerarse los cambios en los que muchos jóvenes aún se encuentran a nivel físico, psicológico, sociocultural y cognitivo, que permiten la consolidación de su identidad, autonomía, éxito personal y social (Arrieta Díaz y González, 2014); por ello, durante esta etapa es vital el desarrollo de comportamientos saludables, que disminuyan riesgos y prevengan el desarrollo de trastornos clínicos (Blum, 2000), dado que un alto porcentaje de individuos con diagnóstico de depresión durante la adolescencia presentan trastorno depresivo mayor en la adultez (Lewinsohn *et al.*, 2000).

A pesar de que la depresión en jóvenes es un tema frecuentemente estudiado, no se ha reportado si existe relación entre la presencia de apatía y depresión en jóvenes universitarios, lo cual se vuelve necesario para la propuesta de intervenciones dirigidas al cuidado de la salud mental.

ESTADO DE PAZ O EQUILIBRIO

Valdez-Medina propone la existencia de un estado de paz o equilibrio que se caracteriza por

[...] la sensación de seguridad, tranquilidad, estabilidad, autoorganización, confianza y el menor desgaste posible. Es la tendencia natural de la vida, lo que de forma directa o indirecta pretendemos alcanzar los seres humanos, mediante la aplicación de nuestra

tendencia de personalidad natural o individual, que se utiliza para obtener, tener, conseguir, acumular, sustituir, recuperar, conservar o no perder los recursos o satisfactores que cubren nuestras necesidades o carencias y que nos permiten evitar cualquier contacto con los niveles, tipo de reacciones y formas del miedo. La paz o equilibrio es el principio y finalidad que guía el comportamiento que manifestamos a lo largo de nuestra vida (Valdez-Medina, 2009, p. 8).

En contraparte, se encuentra el miedo que es la reacción, respuesta o conducta que tiene el organismo para tratar de restablecer el estado de paz o equilibrio que está a punto de perderse o que ya se perdió; se caracteriza por la sensación de ansiedad y la falta de seguridad, protección y confianza.

En esta línea, se considera que la apatía se debe a que el individuo se encuentra fuera de una situación insatisfactoria que quiera superar, por lo que no actúa (Mises, 1986); por el contrario, se encuentra en un estado de satisfacción o felicidad que no requiere emprender alguna acción, pues no le inquieta; la apatía llevaría a los individuos a no tener perturbaciones generadas por el deseo y, en consecuencia, los mantendría en un estado de paz o equilibrio (Valdez-Medina, 2009; Valdez-Medina y Aguilar, 2014; Marin, 1996). Esta propuesta apunta a que la apatía aparece en ausencia de enfermedad, trastorno o anormalidad, ya que todos los seres humanos tienen esta característica de personalidad que se puede presentar en cualquier momento de la vida, por lo que la apatía tendería a distribuirse de manera normal en la población; es decir, pocos individuos la presentarán con niveles bajos, la mayor parte de ellos la tendrá en niveles medios y pocos la presentarán con niveles altos. En consecuencia, se estima que la mayor parte de la población presentaría niveles medios de paz o equilibrio, mientras que los niveles bajos y altos tendrían niveles bajos de paz o equilibrio.

FACTORES RELACIONADOS

Diversos autores (Negrete y Leyva, 2013; Valdez-Medina y Aguilar, 2014) indican que la apatía es un fenómeno social que surge como consecuencia de: falta de acceso a la educación y al trabajo; carecer de satisfacción y seguridad personal; padecer precariedad económica, así como de la ausencia de sentido de vida.

En la psicosociocultura se encuentra una tendencia en la que el esfuerzo se ha devaluado y se busca conseguir las cosas de manera fácil, sin importar el desarrollo personal y el aprendizaje que el esfuerzo conlleva. Los mensajes de los medios promueven el consumo, el crecimiento individual, la mediocridad y el control externo de la conducta. Esta situación lleva a los individuos al desarrollo de desmotivación, insatisfacción y apatía, especialmente a los jóvenes (Messing, 2009).

De este modo, esta tendencia hacia la apatía representa un riesgo, ya que se ve reflejada en improductividad a nivel escolar, familiar y social; decremento de las expectativas, además de aumento de intolerancia, delincuencia y violencia (Toledo *et al.*, 2005; May, 2011; Valdez-Medina y Aguilar, 2014).

Datos reportados por la Organización Internacional del Trabajo (OIT), debido a la creciente crisis económica mundial, México ocupa la cuarta posición en desempleo juvenil; lo que indica que la cuarta parte de las personas de 15 a 29 años de edad está en situación de desocupación laboral (Cámara de Diputados, 2014; Azar, 2014).

Por otro lado, Paredo y Velasco (2010) comentan que millones de jóvenes desertan de la escuela por falta de recursos o de interés, así como por aburrimiento, lo que coarta el cumplimiento de metas y los deja vulnerables a la depresión y a la delincuencia. Asimismo, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) agrega que una causa de la deserción escolar es el mecanismo de operación del mercado laboral que abre vacantes para personas con educación básica, pues reporta una tasa de desempleo de 3.5% en este rubro, mientras que las que cuentan con educación superior presentan 4.6% (Poy, 2014).

Este panorama económico impulsó el incremento de los jóvenes denominados como ninis porque ni estudian ni trabajan, de los que actualmente existen más de siete millones con edades que van de los 15 a los 19 años, y que representan cerca de 22% de los jóvenes en México (Negrete y Leyva, 2013; INEGI, 2016). Éstos presentan un desinterés generalizado y una ausencia de un proyecto de vida familiar, laboral y personal, pues consideran el presente como azaroso, continuo y repetitivo (Silva, 2008; Hernández, 2003).

Una posible explicación es la falta de asimilación de normas sociales, de certidumbre, ausencia de información, atribución externa de sus decisiones y la ausencia de promoción de intereses específicos que los lleven al desarrollo profesional (D'Orazio *et al.*, 2011), así como la esperanza de ser motivados por sus padres y

maestros para mantener el interés hacia el estudio (Flores, González y Rodríguez, 2013).

Echeverría (2011) agrega que en este fenómeno también media la carencia de información que impide a los jóvenes adquirir conocimientos y discutir de manera interpersonal, pues se ha reportado que la cantidad de conocimiento promueve y predice la participación social, pues a mayor información, mayor participación, lo que derivaría en menor apatía (Dudley y Gitelson, 2002).

MEDICIÓN

Para la medición del constructo, se encuentran diferentes instrumentos, diseñados para los trastornos que modifican los sistemas de control de la voluntad, como la *Apathy Evaluation Scale* (AES), de Marin, Biedrzycki y Firinciogullari (1991); la *Children's Motivation Scale* (Gerring *et al.*, 1996); el *Neuropsychiatric Inventory* (NI) (Levy *et al.*, 1998); la *Dementia Apathy Interview and Rating* (Strauss y Sperry, 2002), la escala *APADEM-NH-66* (Agüera *et al.*, 2010), y de manera más reciente, la *Starkstein Apathy Scale* (SAS) (Starkstein, 2012).

Si bien existen estos instrumentos, están diseñados para la medición de la apatía en personas con algún diagnóstico previo y no la consideran como una característica de personalidad de individuos clínicamente sanos. Aunado a ello, es importante mencionar que los instrumentos carecen de adaptación en la población mexicana, lo que involucra la adecuación al lenguaje, la modificación de la pertinencia y relevancia de algunos reactivos que conforman estas escalas, bajo las consideraciones particulares propias de la cultura (American Psychological Association, American Educational Research Association, National Council on Measurement in Education, 2011). Es así que Aguilar *et al.* (2016) crearon la Escala para Evaluar la Apatía (EEVA) dirigida a la población juvenil, tomando en cuenta estas dificultades. Los resultados arrojaron una validez de contenido aceptable y una adecuada claridad conceptual. El análisis factorial confirmatorio (método de máxima verosimilitud), sugirió que la EEVA se compone por seis factores, congruentes con la propuesta teórica de los autores; presenta una adecuada validez concurrente con variables teóricamente relacionadas y los datos de fiabilidad son satisfactorios.

OBJETIVO

El objetivo del presente estudio fue determinar la relación de la apatía con las variables teóricamente relacionadas propuestas en la Teoría de la paz o equilibrio y determinar el grado de predicción entre las mismas en una muestra juvenil de ambos sexos.

MÉTODO

Participantes

Se utilizó un muestreo no probabilístico intencional para seleccionar a 600 participantes divididos en función del sexo (50% hombres, 50% mujeres), con edades de entre 18 y 25 años ($M = 20$, $D.E. = 1.83$), estudiantes de licenciatura de la Universidad Autónoma del Estado de México.

INSTRUMENTOS

Escala para evaluar la apatía (EEVA)

Está compuesta por 51 reactivos redactados en forma de afirmaciones y divididos en tres componentes: 17 conductuales (acciones), 17 cognitivos (pensamientos y creencias) y 17 afectivos (emociones) en formato tipo Likert con cuatro opciones de respuesta (1 = nunca; 2 = casi nunca; 3 = casi siempre; 4 = siempre). La escala permite explicar 46.29% de la varianza total y una consistencia interna de Alfa de Cronbach de 0.94.

Escala de pesimismo

La escala está compuesta por 38 reactivos con formato tipo Likert evaluados mediante cinco opciones de respuesta (1 = nunca; 2 = casi nunca; 3 = algunas veces; 4 = casi siempre; 5 = siempre). La escala permite explicar 29.53% de la varianza total y una consistencia interna de Alfa de Cronbach de 0.94.

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Compuesto por una serie de 21 preguntas autoevaluativas con cuatro opciones de respuesta (1 = en absoluto; 2 = levemente; 3 = moderadamente; 4 = severamente); la escala posee una elevada consistencia interna (Alfa de Cronbach de 0.90 a 0.94) y muestra buena correlación con otras medidas de ansiedad en distintos tipos de poblaciones (jóvenes, ancianos, pacientes psiquiátricos, general). Los autores reportan que el coeficiente de correlación (r) con la Escala de ansiedad de Hamilton es de 0.51, con el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, de 0.47 a 0.58 y con la Subescala de Ansiedad del SCL-90R, de 0.81.

Escala para medir depresión (EPMD)

La escala está compuesta por 74 reactivos que evalúan la frecuencia e intensidad de los síntomas de depresión, con formato tipo Likert mediante cuatro opciones de respuesta (1 = ningún día; 2 = 1-2 días; 3 = 3-4 días; 4 = de 5 a 7 días). La EPMD arroja un puntaje global de manifestaciones depresivas, compuesto por la sumatoria de las respuestas dadas a los ítems de la escala. La escala permite explicar 37.15% de la varianza total y una consistencia interna de Alfa de Cronbach de 0.97.

Cuestionario de paz o equilibrio en la vida (CPEV-20)

El cuestionario está compuesto por 20 reactivos que evalúan las características básicas del estado de paz, con un formato tipo Likert mediante cinco opciones de respuesta (1 = nada; 2 = poco; 3 = regular; 4 = mucho; 5 = totalmente). La escala permite explicar 54.78% de la varianza total y una consistencia interna de Alfa de Cronbach de 0.89.

PROCEDIMIENTO

Se solicitó el consentimiento informado de los participantes, quienes lo firmaron de manera voluntaria; se dieron a conocer los objetivos del estudio; se hizo énfasis en el

manejo confidencial de los datos, y se les explicó el tratamiento de la información de manera exclusiva para el estudio. Las aplicaciones de los instrumentos fueron de manera colectiva en diferentes espacios universitarios en una sola sesión de 30 minutos (en promedio), llevada a cabo dentro de los horarios escolares. Al finalizar la sesión, se agradeció la participación de los voluntarios. Durante todo el proceso, se cuidó el seguimiento de los estándares éticos propuestos por la American Psychological Association (2012).

RESULTADOS

Con el objetivo de conocer la frecuencia por nivel de las variables, se crearon puntos de corte considerando la media +/- una desviación estándar con base en el puntaje total. De esta manera, se obtuvieron tres niveles: bajo, medio, alto, los cuales se compararon en función de la variable sexo. Los resultados muestran que la mayoría de los jóvenes se encuentran en el nivel medio de apatía, pesimismo, ansiedad, depresión y paz. Las diferencias dejan ver que las mujeres, en mayor medida que los hombres, presentan niveles altos de las variables de estudio (tabla 1).

Tabla 1. Análisis descriptivos de las variables: apatía, pesimismo, ansiedad, depresión y paz

Variable	Sexo	Niveles						Total
		Bajo	%	Medio	%	Alto	%	
Apatía	Hombres	46	15.33	200	66.66	54	18	300
	Mujeres	53	17.66	186	62	61	20.33	300
	<i>Total</i>	<i>99</i>	<i>16.5</i>	<i>386</i>	<i>64.33</i>	<i>115</i>	<i>19.66</i>	<i>600</i>
Pesimismo	Hombres	41	13.66	210	70	49	16.33	300
	Mujeres	32	10.66	217	72.33	51	17	300
	<i>Total</i>	<i>73</i>	<i>12.16</i>	<i>427</i>	<i>71.16</i>	<i>100</i>	<i>16.66</i>	<i>600</i>
Ansiedad	Hombres	44	14.66	220	73.33	36	12	300
	Mujeres	35	11.66	206	68.66	59	19.66	300
	<i>Total</i>	<i>79</i>	<i>13.16</i>	<i>426</i>	<i>71</i>	<i>95</i>	<i>15.83</i>	<i>600</i>
Depresión	Hombres	14	4.66	255	85	31	10.33	300
	Mujeres	7	2.33	234	78	59	19.66	300
	<i>Total</i>	<i>21</i>	<i>3.5</i>	<i>489</i>	<i>81.5</i>	<i>90</i>	<i>15</i>	<i>600</i>

Continúa...

Variable	Sexo	Niveles						Total
		Bajo	%	Medio	%	Alto	%	
Paz	Hombres	50	16.66	193	64.33	57	19	300
	Mujeres	40	13.33	198	66	62	20.66	300
	Total	90	15	391	65.16	119	19.83	600

Fuente: elaboración propia.

Asimismo, se llevó a cabo el análisis de Correlación de Pearson por sexo para analizar la relación entre las variables, en la que se encontró en hombres y mujeres una relación directa moderada entre las variables apatía, pesimismo, ansiedad y depresión; y una relación inversa moderada entre apatía, pesimismo, ansiedad y depresión con la variable paz. Cabe señalar que los valores de las relaciones obtenidas en los hombres se observan ligeramente más altas en comparación con los valores de las relaciones de las mujeres (tabla 2).

Tabla 2. Análisis de Correlación de Pearson entre las variables por sexo

		Apatía	Pesimismo	Ansiedad	Depresión	Paz
Hombres	Apatía	1				
	Pesimismo	.721**	1			
	Ansiedad	.462**	.438**	1		
	Depresión	.578**	.658**	.523**	1	
	Paz	-.569**	-.558**	-.387**	-.508**	1
Mujeres	Apatía	1				
	Pesimismo	.601**	1			
	Ansiedad	.359**	.430**	1		
	Depresión	.504**	.555**	.533**	1	
	Paz	-.473**	-.453**	-.306**	-.508**	1

** $p \leq .001$

Fuente: elaboración propia.

Por último, se realizaron análisis de regresión lineal simple con el objetivo de contribuir con evidencia empírica para el modelo teórico que se propone. Los resultados permiten observar que la variable pesimismo aporta 43.5% de predicción

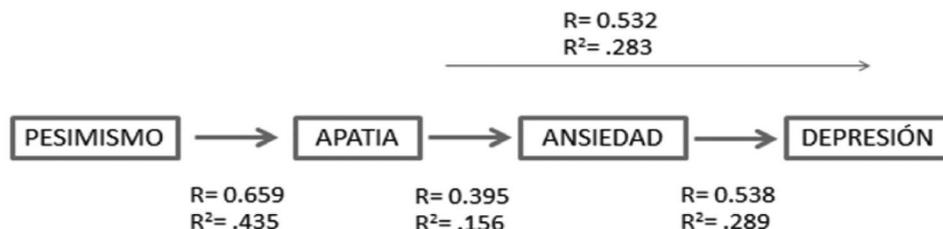
para la variable apatía; la apatía predice en 15.6% a la variable ansiedad; la variable ansiedad predice en 28.9% a la variable depresión; y por último, la variable apatía predice en 28.3% a la variable depresión. Estos hallazgos dan muestra de la predicción favorable de las variables de acuerdo con los criterios de Hair *et al.* (2010) (tabla 3), en correspondencia con lo esperado (figura 3).

Tabla 3. Regresiones lineales simples entre las variables

Variable Independiente	Variable Dependiente	R	R ²	Error de estimación	β	β tipificada	F	t	p
Pesimismo	Apatía	.659	.435	16.624	.684	.659	459.894	21.445	.000
Apatía	Ansiedad	.395	.156	10.692	.216	.395	110.600	10.517	.000
Ansiedad	Depresión	.538	.289	25.146	1.378	.538	243.289	15.598	.000
Apatía	Depresión	.532	.283	25.253	.745	.532	236.129	15.366	.000

Fuente: elaboración propia.

Figura 3. Modelo teórico propuesto con los coeficientes de correlación (R) y de predicción (R²)



DISCUSIÓN

Los resultados del estudio mostraron la presencia de apatía, pesimismo, ansiedad y depresión en la vida de los jóvenes con niveles medios y altos, lo que corrobora los datos reportados respecto de la incidencia de las variables de estudio en jóvenes (Sheier, Calver y Bridges, 1994; OMS, 2001; APA, 2002; Hernández, 2003; Silva, 2008; Heinonen *et al.*, 2009; D’Orazio *et al.*, 2011; González-Arratia y Valdez-Medina, 2012; Lemola *et al.*, 2013; Flores, González y Rodríguez, 2013).

Lo anterior representa un riesgo, pues puede transformarse en baja de productividad en los diferentes ámbitos: familiar, escolar, laboral y social; en abandono de actividades, ausencia de expectativas, aumento de violencia, delincuencia, corrupción e intolerancia (Toledo *et al.*, 2005; May, 2011; Valdez-Medina y Aguilar, 2014), lo cual, de manera consecuente, los llevaría a perder el estado de paz o equilibrio (Marina, 1996; Valdez-Medina, 2009; Valdez-Medina y Aguilar, 2014) y de acuerdo con la propuesta teórica, este ciclo los incluiría en el círculo del miedo, proclives a desarrollar altos niveles de pesimismo, apatía, ansiedad, sufrimiento, desesperanza, depresión, somatización-enfermedad e incluso suicidio (Valdez-Medina, 2009); no obstante, se requiere continuar con el análisis del efecto de las variables de estudio.

A pesar de que ambos sexos muestran niveles de medios a altos de las variables de estudio, se debe señalar que las mujeres son quienes los presentan de manera más acentuada. Estos datos se corresponden con diversos reportes de estudios epidemiológicos, que muestran una mayor frecuencia en las mujeres, así como en los estudiantes de licenciatura (Riveros, Hernández y Rivera, 2007), lo que se atribuye a factores de índole biológico, psicológico y social.

Respecto del sexo, una de las hipótesis es que las mujeres tienden más a buscar ayuda o tratamiento clínico y a reportar sus malestares (Téllez, 2000). También puede deberse al aumento de su participación en el ámbito público, el cual se asocia a mayor capacidad y desempeño, a la excelencia y la competitividad, así como al poder económico que genera el medio laboral, donde se exige precisión en el uso de la razón y la creatividad, lo que repercute en el aumento de sus intereses, conocimientos y habilidades, así como la apropiación de nuevos modelos acordes con contemporaneidad. En este sentido, Burín, Moncarz y Velázquez (2000, p. 125) refieren que en esta dinámica, “las mujeres avanzan en lo intelectual y lo social, pero sin sólidos recursos psicológicos para satisfacer las exigencias derivadas de aquí, aferradas aún a estereotipos a pesar de la intención de romper tradiciones”.

Además, resulta relevante la relación directa que presentan las variables apatía, pesimismo, ansiedad y depresión, así como la relación inversa de la apatía, pesimismo, ansiedad y depresión con la variable paz (Rivera y García, 2012), tal como se esperaba. Asimismo, la relación entre las variables encontradas en los hombres se muestra ligeramente por encima de los valores de relación identificados en las mujeres. Lo anterior puede deberse a la presencia de los diferentes factores sociales y psicológicos descritos anteriormente en ellas; empero, esto debe continuar investigándose.

En este sentido, la presente investigación aporta evidencia empírica al modelo teórico planteado (Valdez-Medina, 2009); sin embargo, resulta pertinente continuar examinando la interrelación de estas variables, así como sus causas y efectos en la población de estudio.

También conviene destacar que si bien, la existencia de apatía, pesimismo, ansiedad y depresión en la muestra de estudio puede ser atribuida a la etapa vital en la que se encuentran y las consiguientes responsabilidades y presiones a las que se enfrentan en el ámbito familiar, académico, económico, laboral y social (Arrieta, Díaz y González, 2014), es importante plantear estrategias dirigidas hacia el desarrollo de habilidades para el afrontamiento eficaz de las dificultades y desafíos, donde se acepten y rechacen abiertamente los sucesos cotidianos, para que consecuentemente vivan con gusto y sin queja, haciéndose responsables de sí mismos, lo cual, de acuerdo con Valdez-Medina (2009, p. 45), “los llevaría a vivir en un estado de paz y equilibrio, autoorganizados y con el menor desgaste posible”.

Adicionalmente, se sugiere llevar a cabo prevención primaria mediante programas enfocados a la detección de apatía, pesimismo, ansiedad y depresión en el área conductual, pero también de manera cognitiva, en la presencia de ideas destructivas, lesivas, negativistas o catastróficas, que produzcan angustia o que antecedan a estados de melancolía y tristeza para derivar con un profesional que proporcione el tratamiento adecuado (Osornio y Palomino, 2009). Estas acciones promoverían la salud mental en los jóvenes, lo que les ayudaría en su bienestar personal y profesional, y de manera redundante en la sociedad.

Para futuros estudios se sugiere trabajar con muestras diversificadas debido a que la selección no aleatoria de los sujetos fue una limitación en la presente investigación.

REFERENCIAS

- Abbagnano N. (2004). *Diccionario de Filosofía*. México: FCE.
- Agüera, L. *et al.* (2010). Creación de una escala de medición de la apatía en pacientes con demencia tipo Alzheimer institucionalizados: la escala APADEM-NH-66. *Psicogeriatría*, 2(4), 207-219.
- Aguilar, Y.P. *et al.* (2015). Apatía, desmotivación, desinterés, desgano y falta de participación en adolescentes mexicanos. *Revista de Enseñanza e Investigación en Psicología*, 20(3), 326-336.

- Alberoni, F. (2003). *El optimismo*. Barcelona: Gedisa.
- American Psychiatric Association (APA) (2002). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM-IV-TR]*. Trad. Castellano. Barcelona: Masson.
- American Psychological Association, American Educational Research Association, National Council on Measurement in Education (AERA, APA, Y NCME) (2011). *Standards for educational and psychological tests*. Washington DC: AERA, APA, Y NCME.
- American Psychological Association (APA) (2012). *Manual de estilo de publicaciones de la American Psychological Association*. 6a Ed. México: Manual Moderno.
- Amézquita, M., y González, R. (2003). Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 32(4), 341-356.
- Arrieta, K., Díaz, S. y González, F. (2014). Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados. *Revista clínica médica familiar*, 7(1), 14-22.
- Azar, E. (2014). Aumenta desempleo mundial; alcanza los 202 millones: OIT. *El Universal*, 20 de enero de 2014. México.
- Beck, A., Epstein, N., Brown, G., y Steer, R. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897.
- Berenzon, S., et al. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública México*, 55(1), 74-80.
- Bernstein, G.A. y Garfinkel, B.D. (1992). The Visual Analogue Scale for Anxiety-Revised: Psychometric properties. *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 223-239.
- Blum, R. (2000). Un modelo conceptual de salud del adolescente. En: Dulanto, edit. *El adolescente*. México: Mc Graw Hill, 656-672.
- Botto, A., Acuña, J. y Jiménez, J.P. (2014). La depresión como un diagnóstico complejo. Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Revista Médica de Chile*, 142(1), 1297-1305.
- Burín, M., Moncarz, E. y Velázquez, S. (2000). *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Barcelona: Paidós.
- Cabrera, A., Peral, V. y Barajas, M. (2012). Apatía: Síndrome o síntoma, una revisión del concepto. *Psiquis*, 21(6), 171-181.
- Caicedo, V., Carchi, S. y Chuquimarca, M. (2011). *Prevalencia del trastorno de ansiedad y factores asociados en adolescentes de octavo, noveno y décimo de educación básica en la*

- parroquia El Vecino, de la Ciudad de Cuenca*. Tesis inédita de licenciatura. Universidad de Cuenca, Ecuador.
- Cámara de Diputados (2014). México, cuarto lugar en desempleo juvenil en el mundo. *Comunicación Social*, LXII Legislatura, H. Congreso de la Unión. Boletín Núm. 2898.
- Cosentino, A. (2010) Las fortalezas del carácter. En A. Castro Solano (comp.), *Fundamentos de psicología positiva*. Buenos Aires: Paidós, pp. 111-135.
- D’Orazio *et al.* (2011). Síndrome de indiferencia vocacional: Medición y análisis. *Educere*, 15(51), 429-438.
- Dudley, R. y Gitelson, A. (2002). *El escenario iberoamericano*. Tendencias 07. Medios de comunicación. Madrid: Ariel, Fundación telefónica.
- Echeverría, M. (2011). ¿Apatía o desencuentro? Patrones de consumo y recepción de información política y gubernamental en jóvenes. *Global Media Journal*, 8(15), 42-65.
- Flores, I., González, G. y Rodríguez, C. (2013). Estrategias de enseñanza para abatir la apatía del alumno de secundaria. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 10(1), 1-8.
- García, J., Martínez, M. e Inglés, C. (2013). ¿Cómo se relaciona la ansiedad escolar con el rendimiento académico? *Revista iberoamericana de Psicología y Salud*, 4(1), 63-76.
- García, J.M. (1997). *Validación de tres formas del inventario de miedos escolares*. Tesis doctoral no publicada. Murcia: Universidad de Murcia.
- Gerring, J. *et al.* (1996). Psychometric characteristics of the Children’s Motivation Scale. *Psychiatry Research*, 63(2), 205-217.
- Goldman, H. (2001). *Psiquiatría general*. 5 ed. México: Manual Moderno.
- González-Arratia, N. y Valdez-Medina, J. (2012). Optimismo-pesimismo y resiliencia en adolescentes de una universidad pública. *Ciencia Ergo Sum*, 19(3), 207-214.
- Gutiérrez, J. *et al.* (2010). Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con estrés académico. *CES Medicina*, 24(1), 7-17.
- Hair, J. *et al.* (2010). *Multivariate Data Analysis*. USA: Pearson.
- Hernández, A. (2003). *Descripción de los factores familiares más significativos que influyen en el rendimiento escolar infantil*. Tesis inédita de Licenciatura. México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Hoffman, L. y Thomson, T. (2009). The effect of Television Viewing on Adolescents’ Civic Participation: Political Efficacy as a Mediating Mechanism. *Journal of Broadcasting & Electronic Media*, 53(1), 3-21.
- INEGI (2016). *Panorámica de la población joven por condición de actividad*. México:

- Kant, R., Duffy, J. y Pivovarnik A. (1998). Prevalence of apathy following brain injury. *Brain Injury*, 12(1), 87-92.
- Lemola, S., et al. (2009). A New Measure for a Dispositional for Optimism and Pessimis in Young Children. *European Journal of personality*, 24(1), 71-84.
- Levy, M., et al. (1998). Apathy is not depression. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 10(3), 314-319.
- Lewinsohn, P. et al. (2000). Natural course of adolescent major depressive disorder in a community sample: Predictors of recurrence in young adults. *American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1584-1597.
- Marin, R. (1996). Apathy: Concept, Syndrome, neural mechanisms, and treatment. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 1(4), 304-14.
- Marin, R., Biedrzycki, R. y Firinciogullari, S. (1991). Reliability and Validity of the Apathy Evaluation Scale. *Psychiatry Research*, 38(1), 143-162.
- May, R. (2011). *Amor y voluntad: Contra la violencia y la apatía en la sociedad actual*. 3° Edición. México: Gedisa.
- Messing, C. (2009). *Desmotivación, insatisfacción y abandono de proyectos en los jóvenes*. Buenos Aires: Noveduc.
- Mises, L. (1986). *La acción humana*. Madrid: Unión Editorial.
- Moral de la Rubia, J., Valdez-Medina, J.L., Alvarado, B., y Bravo, B.G. (2011). *Instrumentación del concepto de paz: estructura factorial, consistencia interna y distribución*. México: UANL, UAEM.
- Negrete, R. y Leyva, G. (2013). Los ninis en México: una aproximación crítica a su medición. Realidad, datos y espacio. *Revista Internacional de estadística y geografía*, 4(1), 1-32.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2001). *CIE 10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades, trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Osornio, L. y Palomino, L. (2009). Depresión en estudiantes universitarios. *Archivos en Medicina Familiar*, 11(1), 1-2.
- Paredo, B. y Velasco, J. (2010). ¿Por qué la apatía para aprender y enseñar en el espacio y tiempo escolar? *Horizontes Educativos*, 15(2), 69-81.
- Parra, C. (2000). La filosofía y el sabio estoico: examen de la virtud. *Horizontes educacionales*, 5(1), 27-35.
- Passarotto, A. (2012). *La apatía y la falta de interés del adolescente actual*. Documento de cátedra del Magister en Educación con Orientación en Gestión. Argentina: Universidad de San Andrés.

- Pluck, G. y Brown, R. (2002). Apathy in Parkinson's disease. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*, 73(1), 636-642.
- Poy, L. (2014). Favorece mercado laboral a gente con educación básica: OCDE. *La Jornada*; 9 de septiembre de 2014. México, pp. 40.
- Real Academia Española (2014). *Diccionario de la Real Academia Española*. 22a edición.
- Ready, R., Ott, B., Grace, J. y Cahn-Weiner, D. (2003). Apathy and executive dysfunction in mild cognitive impairment and Alzheimer disease. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11(2), 222-228.
- Reinfeld, B. y Rojas, T. (2005). Reflexiones sobre la apatía. *Archivos venezolanos de psiquiatría y neurología*, 51(105), 19-25.
- Rivera, S. y García, M. (2012). *Estadística aplicada a la psicología*. México: Porrúa.
- Riveros, M., Hernández, H. y Rivera, J. (2007). Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. *Revista de Investigación en Psicología*, 10(1), 91-102.
- Sandín, B. y Chorot, P. (1995). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. En Belloch, Sandín y Ramos (eds.). *Manual de psicopatología*. Vol. 2; Madrid: Mac Graw-Hill.
- Secretaría de Salud (2014). *Depresión y suicidio en México*. Recuperado de <http://www.spps.gob.mx/avisos/869-depresion-y-suicidio-mexico.html>
- Seligman, M. (2006). *Aprenda optimismo*. México: Debolsillo.
- Sheier, M., Calver, C. y Bridges, M. (1994). Distinguishing Optimism, from Neuroticism (and trait anxiety, self-mastery and self-esteem): A Re-evaluation of the life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(6), 1063-1078.
- Silva, A. (2008). Ser adolescente hoy. *Fermentum. Revista Venezolana de Sociología y Antropología*, 18(52), 312-332.
- Starkestein, S., Fedorodd, J., Price, T. y Robinson, R. (1993). Apathy following cerebrovascular lesions. *Stroke*, 24(11), 1625-30.
- Starkstein, S. y Leentjens, A. (2008). The nosological position of apathy in clinical practice. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 79(10), 1088-1092.
- Starkstein, S.E. (2012). Apathy in Parkinson's disease: diagnostic and etiological dilemmas. *Movement Disorders Journal*, 27(1), 174-178.
- Strauss, M., y Sperry, S. (2002). An informant-based assessment of apathy in Alzheimer disease. *Neuropsychiatry, Neuropsychology, and Behavioral Neurology*, 15(3), 176-183.
- Téllez, H. (2000). La noradrenalina: su rol en la depresión. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 29(1), 59-73.

- Toledo, M. *et al.* (2005). *¿Cómo no ser un apático social?* Documento de cátedra. México: Universidad Metropolitana.
- Valdez-Medina, J.L., Aguilar, Y.P. (2014). La configuración de la apatía. *Seminario de Investigación*. Toluca, México, 6-30 enero (*paper*).
- Valdez-Medina, J.L. (2009). *Teoría de la paz o equilibrio. Una nueva teoría que explica las causas del miedo y del sufrimiento, y que nos enseña a combatirlos*. México: EDAMEX.
- Varela, I. (10 de agosto de 2011). Entre 15 y 20% de los jóvenes sufren depresión o ansiedad: Xóchitl Duque. *La Jornada*. Recuperado de <http://www.jornada.unam.mx/2011/08/10/sociedad/044n2soc>

SOMATIZACIÓN: UNA CONSECUENCIA DE VIVIR EN EL CÍRCULO DEL MIEDO

Martha Adelina Torres Muñoz

Norma Ivonne González Arratia López Fuentes

Sergio González Escobar

Soñía Rivera Aragón

Yessica Paola Aguilar Montes de Oca

Jorge Alvarado Orozco

INTRODUCCIÓN

La vida es un proceso en constante movimiento y desde la Teoría de la paz o equilibrio (Valdez-Medina, 2009), se plantea que aquella está integrada por dos componentes: uno de origen biológico y otro de origen psicosociocultural. El primero se refiere a las características naturales que todos los seres humanos poseen desde el nacimiento: sexo, simetría física, necesidades fisiológicas, entre otras; el segundo representa a todo aquello inventado por el hombre que complementa a la parte biológica y surge para cubrir las necesidades o carencias no resueltas de manera natural como la construcción de casas y edificios, la implementación de normas y reglas y el desarrollo de técnicas, herramientas y tecnología.

En este sentido, las personas utilizan diversas estrategias de sobrevivencia o comportamentales con el fin de tener una vida en paz o equilibrio y evitar con ello los miedos y el desgaste que los acerca a la muerte y al mismo tiempo poder satisfacer tanto la parte biológica como la psicosociocultural (Valdez-Medina, 2009).

Si dicho fin no es cubierto, se puede generar una tendencia a vivir en un estado de caos, tensión, conflicto, inseguridad, incertidumbre, desequilibrio, intranquilidad, falta de organización o de entropía (Valdez-Medina, 2009). De acuerdo con esta propuesta teórica, las personas que se someten al denominado círculo del miedo, tienden a permanecer en un estado de alerta o ansiedad, así como de pérdida de esperanza o depresión, lo cual debilita al sistema inmunológico y, por lo tanto, pueden llegar a presentar síntomas de somatización o de enfermedad (Valdez-Medina, 2009).

Así, en el fenómeno de la somatización se integran variables biológicas como el sexo y la edad, y psicosocioculturales, dentro de las cuales se incluyen el ambiente donde se desarrolla el individuo, así como el contexto en el que interactúa, de tal forma que es posible pensar que las características individuales juegan un papel importante frente a un mismo evento (Valdez-Medina, 2009; Torres *et al.*, 2016).

La investigación indica que la somatización es producto de factores como estrés, depresión, presencia de trastornos de ansiedad y de personalidad, sexo de la persona, estilos de afrontamiento inadecuados, apoyo social no percibido, baja autoestima y alexitimia, estudiados desde diversas posturas (González y Landero, 2008; Cornella, 2008; Valdez-Medina, 2009; Torres, 2013).

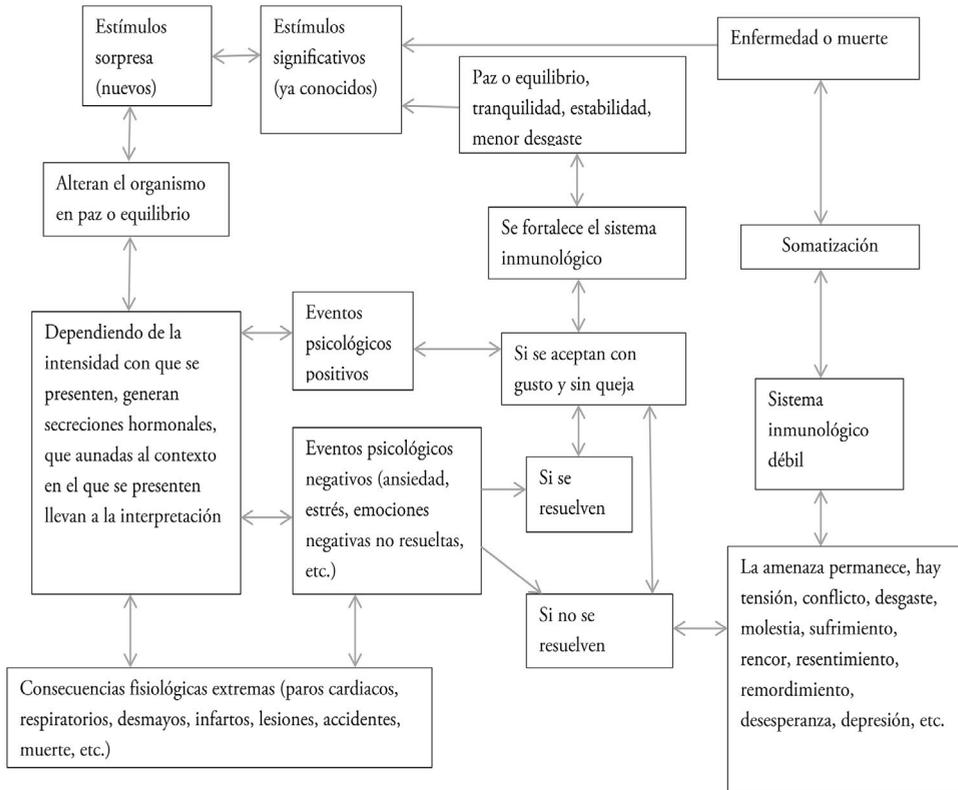
En este sentido, se ha observado la falta de una explicación concluyente e integradora del fenómeno de la somatización, puesto que en dichas investigaciones se clasifica por separado a las distintas variables psicológicas. Por ello, el presente capítulo tuvo como objetivo determinar en qué medida las variables propuestas en la Teoría de la paz o equilibrio (paz o equilibrio, caos o entropía, emociones negativas, estrés, ansiedad y depresión) inciden de manera conjunta en la explicación de la somatización o enfermedad en adultos, a fin de realizar la prueba empírica de la teoría, así como de avanzar en la comprensión de la somatización, pero sobre todo de sentar las bases para el desarrollo posterior de estrategias hacia la prevención de la salud. Para llevarlo a cabo, se abordarán las variables psicológicas que se considera intervienen en el proceso de la somatización, de manera individual y relacionada, así como la investigación realizada al respecto y las conclusiones obtenidas de la misma.

VARIABLES PSICOLÓGICAS PROPUESTAS EN EL CÍRCULO DEL MIEDO

En el modelo teórico del círculo del miedo propuesto en la Teoría de la paz o equilibrio, la explicación de la somatización inicia por la presencia de uno o varios estímulos “sorpresa”; es decir, nuevos y/o significativos —conocidos por el individuo—, que alteran al organismo y, dependiendo de la intensidad de éstos, se generan secreciones hormonales e incluso reacciones fisiológicas como aumento de la frecuencia cardíaca, sudoración, palpitaciones, infartos, desmayos, accidentes, entre otros, que, aunadas al contexto, llevan al individuo a interpretarlo como emociones positivas o negativas, en donde la persona siempre tiene la posibilidad de llegar a resolver el estímulo o,

en su caso, la emoción, restaurándolo en un estado nuevo de paz o equilibrio, lo que fortalecería el sistema inmunológico; de lo contrario, si la amenaza persiste, se debilitaría y la persona puede somatizar o incluso llegar a enfermar (figura 1).

Figura 1. Modelo de somatización



Fuente: Valdez-Medina, 2015.

Desde esta perspectiva, se considera que las variables que actúan en la somatización son: la paz o equilibrio, emociones negativas, estrés, ansiedad y depresión, que son consecuencia de vivir en un estado constante de caos, entropía o desequilibrio (Valdez-Medina y Torres, 2015).

De manera general, a continuación se presenta cada una de las variables propuestas.

PAZ O EQUILIBRIO

De acuerdo con Valdez-Medina (2009), el término paz se asocia con otros provenientes del lenguaje científico, como la homeostasis y la estabilidad con la finalidad de lograr el menor desgaste, al igual que en la segunda ley de la termodinámica, y con conceptos que son de manejo psicosociocultural y cotidiano como tranquilidad, seguridad, protección, confianza y certidumbre, que en ambos casos hacen referencia a una aparente calma en la cual no se percibe movimiento ni transformación alguna. Desde este enfoque, es un estado caracterizado por la sensación de seguridad, confianza, tranquilidad, estabilidad, autoorganización y disponibilidad de energía (Valdez-Medina, 2009, p. 18), principio rector de la vida y las conductas, necesaria para un buen funcionamiento que, de alterarse o perderse, suele traer consecuencias caóticas para la salud.

EMOCIONES NEGATIVAS

Su estudio se ha realizado principalmente desde una perspectiva biológica, en donde se reporta que éstas son experimentadas a través del cuerpo, ya que se asocian a una amplia gama de cambios fisiológicos (Nummenmaa *et al.*, 2013).

Valdez-Medina y Torres (2015) definen a la emoción como un estado de alerta que muestra un individuo ante la presencia real o imaginaria de un estímulo sorpresa (nuevo o desconocido), o de uno significativo (ya conocido), que produce secreciones hormonales y preparan al organismo para la acción o movimiento.

Así, se plantea la existencia de seis emociones negativas en la vida de toda persona: frustración, odio, envidia, celos, culpa y vergüenza. En estudios anteriores, se indica una asociación de éstas con problemas de ansiedad y depresión, parte central en la conformación de una personalidad en caos o entrópica (Torres, 2013; Alvarado *et al.*, 2014).

ESTRÉS

El estrés es un tema de interés y de preocupación para diversos investigadores de las ciencias de la salud y de la conducta humana, pues sus efectos impactan directamente

en el individuo. De acuerdo con Selye (1974), es un conjunto de respuestas fisiológicas, fundamentalmente hormonales; lo definió en términos de activación del eje hipofísico-córticosuprarrenal y del eje simpático-médulo-suprarrenal, como reacción a estímulos no específicos llamados estresores.

De acuerdo con Oblitas (2004), en el estrés intervienen factores fisiológicos y bioquímicos que se centran en las respuestas orgánicas generadas en la persona cuando se enfrenta a una situación percibida como amenazante. En este sentido, el estrés provoca preocupación y angustia, debido a que en la actualidad, las personas se concentran en obtener resultados al margen de sus consecuencias sobre la calidad de vida, sometidos, de acuerdo con Valdez-Medina (2009), a una competencia con miembros de la misma especie para ser más y mejores.

Al respecto, existe amplia evidencia de que el estrés está asociado con la depresión, ansiedad y otros trastornos psicopatológicos (Ortiz, 2005). Por tanto, se plantea la relación del estrés desde la Teoría de la paz o equilibrio con las demás variables.

ANSIEDAD

Acorde con Valdez-Medina (2009), la ansiedad se refiere a un estado de alerta permanente, en el cual existe la posibilidad de enfrentarse ante un estímulo sorpresa o significativo, y con ello alterar el estado de paz o equilibrio.

Piqueras (2008) lo considera como un desorden psicofisiológico que se percibe ante la anticipación de una amenaza que puede ser o no probable. En el mismo sentido, es una respuesta del organismo ante una amenaza física o mental, que puede desembocar en una conducta de huida o de agresión (Sandín y Chorot, 1995). Asimismo, está relacionada con la depresión.

DEPRESIÓN

El desequilibrio que la caracteriza es consecuencia de la acción conjunta de la herencia, las condiciones histórico-sociales y la situación personal (Bogaert, 2012). Se trata de un trastorno del estado de ánimo, el cual incluye síntomas como tristeza, abatimiento, cansancio, desgano, entre otros. La duración de éste debe superar en

un periodo de dos meses y puede ser producido por acontecimientos de la vida diaria, cambios químicos en el cerebro, o bien como efecto secundario a la toma de medicamentos. Las personas con depresión muestran menos interés por las actividades diarias, sufren de problemas de cansancio y falta de concentración, trastornos del sueño, sensación de culpa, desesperanza, aumento o pérdida de peso, deseo sexual bajo, pensamientos negativos e ideación suicida (Beck, Rush y Emery, 1983; Ellis y Grieger, 1990). Esto da pauta para pensar que la depresión es resultado de vivir en un estado de desesperanza continuo (Valdez-Medina, 2009). Así, se considera una variable importante en el estudio del modelo del círculo del miedo, pues es una de las consecuencias mayormente desfavorables para los individuos, y al mismo tiempo se relaciona de manera directa con la presencia de trastornos somáticos (González y Landero, 2008).

SOMATIZACIÓN

La somatización es uno de los conceptos centrales a desarrollar en el presente capítulo, pues se intenta explicar el origen de la misma con base en el círculo del miedo (Valdez-Medina, 2009).

Desde hace tiempo se ha observado una asociación importante entre el estado físico y psicológico de las personas, lo cual ha sido reconocido desde la célebre frase de Hipócrates (400 a.C.): “mente sana, cuerpo sano”. Esto da la pauta para profundizar en la génesis y mantenimiento de las diversas enfermedades (Moral, 2011).

El término somatización se refiere a la evaluación conjunta del aspecto físico y psicológico (Miller y Baruch, 1967). En este sentido, Sivik y Shoenfeld (2001) proponen que la somatización es el resultado de la constante interacción y unión de estos dos componentes. De esta manera, el término se utiliza para describir un proceso por el cual las emociones son traducidas en quejas somáticas o síntomas y signos físicos, que pueden llegar a ser clínicos (Vallejo, 2003). La salud y enfermedad son procesos que tienen componentes psicosociales; por ello, un estado de salud física alterado conlleva un estado de salud mental alterado y visceversa (Palmero *et al.*, 2006).

Este hecho llevaría implícito, entonces, un abordaje del proceso salud-enfermedad desde el modelo biológico y psicosociocultural, para lograr que las explicaciones que se dan frente a una enfermedad, en términos de los posibles mecanismos que la

originaron, puedan incluir factores biológicos, psicológicos y socioculturales como parte del problema, sin negar la veracidad o la validez de la patología (Rubin y Wesseley, 2001; Valdez-Medina, 2009; Torres *et al.*, 2016).

Se impone, así, un enfoque holístico tanto el aspecto biológico como el psicosociocultural, donde se considera que en toda enfermedad intervienen elementos biológicos como el ambiente físico y las causas de la enfermedad; factores psicológicos como las expectativas, experiencias y actitudes individuales, rasgos de personalidad, estados emocionales, hábitos, estilos de vida, relaciones y vínculos; y culturales como las creencias, valores colectivos y representaciones sociales.

Al parecer todo esto genera emociones en el individuo, que pueden ser positivas o negativas, las cuales son de importancia en la aparición o desaparición, así como en el mantenimiento o agravamiento de los síntomas somáticos, puesto que todo el tiempo el cuerpo produce respuestas fisiológicas ante los eventos de la vida (Torres *et al.*, 2016).

Por ejemplo, las personas que tienden a ser ansiosas son más propensas a estar tristes y a ser mayormente pesimistas, lo que les causa tensión y con ello tienen mayor riesgo de contraer una enfermedad como: asma, artritis, dolores de cabeza, úlceras, estrés alto y problemas cardiacos (Goleman, 2012).

Se ha observado que las experiencias emocionales llegan a prolongar las infecciones y con ello retardar cicatrizaciones de heridas y existe mayor vulnerabilidad a presentar enfermedades, mientras que las experiencias emocionales positivas refuerzan la respuesta inmune (Salovey *et al.*, 2000; Oblitas, 2004; Goleman, 2012).

Por consiguiente, surge la necesidad de asociar las variables psicológicas mencionadas y establecer la relación que existe entre éstas y la somatización, donde se intenta dar una explicación de manera conjunta de dicho fenómeno, como una consecuencia de vivir en un estado constante de caos o desequilibrio. A continuación se presenta la investigación realizada al respecto, la cual es una prueba empírica de la Teoría de la paz o equilibrio.

PARTICIPANTES

En el estudio participaron 116 personas adultas, hombres (n = 54, 46.6%) y mujeres (n = 62, 53.4%), entre 18 y 81 años, con una media de edad de 29 años, asistentes

al Servicio del Programa de Promoción de la Salud Mental y Atención en Crisis de la Facultad de Ciencias de la Conducta, de la Universidad Autónoma del Estado de México; la mayor parte eran estudiantes ($n = 59$, 50.9%), seguidos de personas dedicadas a un oficio ($n = 24$, 20.7%), profesionistas ($n = 21$, 18.1%) y con trabajo no remunerado ($n = 12$, 10.3%). En mayor proporción son solteros ($n = 80$, 69%), seguidos de casados ($n = 28$, 24.1%), en unión libre ($n = 5$, 4.3%), separados ($n = 2$, 1.7%) y un viudo ($n = 1$, .9%), seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. A nivel general, los participantes no reportaron tener algún diagnóstico clínico de somatización o enfermedad.

INSTRUMENTOS

- Cuestionario de Paz o Equilibrio en la Vida (CPEV) de Moral, Valdez-Medina y Alvarado (2011) validado en México, que consta de 20 ítems, los cuales son una serie de características que mide los niveles de paz o equilibrio en que viven las personas. El instrumento permite explicar 53% de la varianza total, con una consistencia interna de Alpha de Cronbach de 0.95.
- Cuestionario de caos en la vida (Valdez-Medina, 2011), que consta de 20 reactivos con tres opciones de respuesta que miden el nivel de caos, desequilibrio, conflicto, entropía, de paz o equilibrio. El instrumento permite explicar 51.378% de la varianza total, con una consistencia interna de Alpha de Cronbach de 0.74.
- Cuestionarios de autoevaluación de las emociones negativas (Valdez-Medina, 2014) elaborado en México, los cuales evalúan 10 de estas experiencias en forma de preguntas abiertas y frases incompletas, así como el impacto que tienen en la vida y el comportamiento, lo que da como resultado la presencia o ausencia de la emoción o bien la solución o no resolución de la misma.
- Escala de indicadores físicos y psicoemocionales de estrés elaborado en Argentina y validado en México (Oros y Neifert, 2006), la cual permite realizar un examen rápido de la sintomatología que experimenta una persona expuesta a situación de tensión psicológica. La escala es tipo Likert y consta de 22 síntomas que el sujeto debe valorar según el grado de aparición (nunca, rara vez, a veces sí - a veces no, frecuentemente, siempre). Con buenos indicadores

de fiabilidad, validez factorial, validez constructiva y poder discriminativo de los ítems, cuenta con una consistencia interna o Alpha de Cronbach de 0.86.

- Escala de ansiedad de Beck *et al.* (1974), validado en población mexicana, que mide la gravedad del nivel de ansiedad de una persona. Está compuesta por una serie de 21 preguntas autoevaluativas de múltiples opciones, referidas a los sentimientos de ansiedad, que evalúan los diferentes síntomas de ansiedad como sudor, aceleración del ritmo cardiaco, irritabilidad y falta de aliento. Cada pregunta tiene cuatro opciones de respuestas: para nada, ligeramente, moderadamente o severamente. La exactitud del test depende exclusivamente de la honestidad del paciente para responder, con una consistencia interna o Alpha de Cronbach de 0.94.
- Escala de depresión (González, Valdez-Medina y González Arratia, 2012) validada en México, la cual hace una evaluación del estado de ánimo y nivel de depresión y que consta de 75 reactivos, con cuatro opciones de respuesta. El instrumento permite explicar 68.37% de la varianza total, con una consistencia interna o Alpha de Cronbach de 0.97.
- Cuestionario de autorreporte de somatización (Moral *et al.*, 2010) elaborado y validado en México; consta de 53 reactivos que miden la frecuencia con que se presentan los malestares físicos que en éste aparecen. Es una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta que va de uno (1) = nunca, a cinco (5) = siempre. El instrumento permite explicar 53.91% de la varianza total, con una consistencia interna de Alpha de Cronbach de 0.89.

PROCEDIMIENTO

El presente estudio fue avalado por el Comité de Investigación y Ética del Centro de Investigación en Ciencias Médicas (CICMED) de la Universidad Autónoma del Estado de México. La muestra fue contactada a partir de la divulgación del Programa de Promoción de la Salud Mental y Atención en Crisis de la Facultad de Ciencias de la Conducta, al que las personas acuden por diversas demandas emocionales. Previa firma del consentimiento informado por parte de los participantes, se procedió con la aplicación de los instrumentos de manera individual y en forma de entrevista

dentro de las instalaciones de la Universidad, en un cubículo asignado para dicha actividad, durante dos sesiones, cada una con duración aproximada de sesenta minutos.

RESULTADOS

En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de las variables, en el cual se observa, de acuerdo con las puntuaciones totales obtenidas en la calificación de las escalas, que los participantes presentan un nivel de paz moderado, un nivel de caos alto, presencia de la mayor parte de las emociones negativas, estrés alto, ansiedad moderada, depresión de leve a moderada y presencia de somatización de baja a moderada (tabla 1).

Tabla 1. Análisis descriptivo de las variables

	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
Paz	38	95	74.16	11.12
Caos	23	56	42.49	11.13
Emociones negativas	0	10	6.18	1.85
Estrés	41	98	62.81	10.03
Ansiedad	21	84	34.67	12.41
Depresión	11	237	111.64	39.70
Somatización	52	182	94.65	27.54

Fuente: elaboración propia.

Se analizó la relación entre somatización y algunas variables, con el fin de probar y proporcionar una explicación del fenómeno; así, se encontraron por medio de una Correlación de Pearson, relaciones de bajas a moderadas entre somatización y caos ($r = -.28, p = .005$), ansiedad ($r = .48, p < 0,001$) y depresión ($r = .59, p < 0,001$).

A partir de estos resultados, se realizó un análisis de regresión lineal múltiple con el método por pasos, en donde se incorporaron las variables sexo y edad. El modelo fue de tres pasos: en el primero se introdujo la variable depresión ($R^2 = .344$), seguido de la edad ($R^2 = .389$) y por último caos ($R^2 = 0.418$) que explican 41.8% de varianza sobre la variable somatización, mientras que las variables sexo y ansiedad se excluyeron (tabla 2).

Tabla 2. Análisis de regresión múltiple con el método por pasos de las variables

<i>Pasos</i>	<i>R</i>	<i>R</i> ²	ΔR^2	<i>F</i>	<i>P</i>	<i>B</i>
Depresión	.587	.344	.344		< 0.001	.591
Edad	.623	.389	.044	22.949	< 0.001	.230
Caos	.646	.418	.029		< 0.001	-.175

Fuente: elaboración propia.

Una vez efectuada la inspección de los datos, a fin de determinar el cumplimiento con los supuestos del análisis de regresión, se determinó el proceso a seguir en la somatización.

Con el objetivo de verificar las hipótesis propuestas, se llevó a cabo un análisis de trayectorias a partir del análisis de regresión múltiple de cada una de las variables endógenas del modelo de la Teoría de la paz o equilibrio (figura 1), en función de sus variables predictoras (los resultados significativos aparecen en la tabla 1 y figura 2).

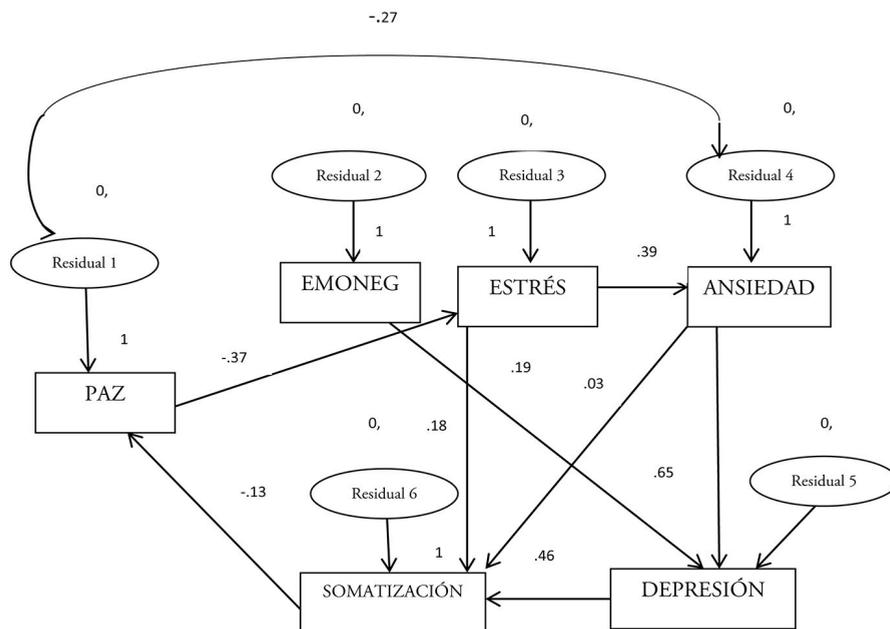
A pesar de que se tiene una *p* significativa, el modelo comienza a ajustar, con un valor **chi** cuadrado ($\chi^2 = 16.590$) con seis grados de libertad, el índice de ajuste normalizado (NFI) para efectos de un ajuste incremental resultó adecuado al ser igual al 0.95 deseado. También se observa que en una segunda medida de ajuste incremental (CFI) el valor encontrado es igualmente adecuado puesto que se mantiene el 0.95 esperado. Finalmente, la última medida general de ajuste absoluto que intenta corregir la tendencia del estadístico **chi** cuadrado para rechazar un modelo especificado con una muestra grande (en este caso $N = 130$), a partir de la discrepancia por el grado de libertad (6) como si el modelo hubiera sido estimado a partir de la población y no de la muestra estimada, fue el error de aproximación cuadrático medio (RMSEA), con el que se obtuvo un valor de 0.117, muy por encima del 0.06 esperado.

Tabla 3. Estadísticos de bondad de ajuste del modelo estructural para explicar la somatización

	χ^2	<i>Gl</i>	χ^2/gl	<i>p</i>	<i>NFI</i>	<i>CFI</i>	<i>RMSEA</i>
Modelo	16.590	6	2.765	.011	.926	.950	.117

Fuente: elaboración propia.

Figura 2. Modelo resultante con las trayectorias significativas, 2016



Fuente: elaboración propia.

A partir de este modelo, se observa que la pérdida de paz tiene un efecto directo en el estrés y éste es un antecedente de la ansiedad. La variable ansiedad tiene un importante efecto sobre la depresión, lo que a su vez propicia la presencia de la somatización; sin embargo, también la ansiedad tiene un efecto considerado bajo, así como el estrés.

DISCUSIÓN

De acuerdo con los resultados obtenidos en esta investigación, se observa que las variables psicológicas propuestas en el círculo del miedo de la Teoría de la paz o equilibrio, pueden incidir en la aparición de la somatización de las personas y aunque esto debe continuar probándose con otras muestras, es una forma de avanzar hacia la explicación conjunta del fenómeno.

Así, la pérdida de un estado de paz o equilibrio, somete a las personas a un proceso de caos o desequilibrio con consecuencias como emociones negativas no resueltas, o

bien estrés que genera ansiedad, depresión y somatización, lo que de acuerdo con Valdez-Medina (2009) es el denominado círculo del miedo.

Este planteamiento es aplicable a la población en general, encontrándose al menos un nivel de bajo a moderado de somatización entre las personas entrevistadas, lo cual es importante mencionar, ya que éstas no contaban con un diagnóstico clínico al momento del estudio; así se puede suponer que todos en algún momento de la vida presentan problemas de somatización. De acuerdo con Vallejo (2003), González y Landero (2008) y Torres (2011), la somatización es un padecimiento común y la mayoría de las personas acuden a los servicios de salud a causa del mismo.

De manera particular, se observa que las variables que aportan mayormente a la explicación de la somatización son el estrés y la depresión. Así, ante situaciones de estrés se generan síntomas físicos y de continuar en dicho estado se produce una alerta permanente llamada ansiedad (Valdez-Medina, 2009), en donde estos síntomas suelen presentarse con mayor intensidad y frecuencia. Por otro lado, la depresión es una de las variables que reviste de importancia en el círculo del miedo (Alvarado *et al.*, 2014), pues al no poder resolver los estímulos sorpresas o significativos que generan las emociones negativas, las personas tienden a vivir en un estado de caos y de ansiedad que pueden desencadenar en cuadros de depresión, y el que sea un importante predictor de somatización se apoya en lo reportado por Cohen, Tyrrell y Smith (1993), pues una explicación es que el sistema inmunológico se debilita ante la presencia de este trastorno, haciendo a las personas vulnerables a cualquier síntoma o enfermedad y en segundo lugar porque a través del cuerpo se expresa el malestar emocional.

Este hecho se corrobora con otro de los resultados obtenidos en esta investigación, pues se observó que la mayoría de los participantes aún no han logrado resolver las emociones negativas propuestas en la teoría de la paz o equilibrio (frustración, odio, culpa, envidia, celos y vergüenza) (Valdez-Medina, 2009 y Alvarado *et al.*, 2014).

De acuerdo con Watson y Pennebaker (1989), existe una disposición crónica a experimentar un estado de ánimo negativo por parte de estas personas; por lo tanto, se mostrarán consistentemente mayores niveles de tensión e insatisfacción y mayor cantidad e intensidad de sensaciones y síntomas físicos. Así, se encontró que las personas que consideran que aún no han logrado resolver las emociones negativas informan de la presencia de más síntomas somáticos que los que consideran haber logrado resolverlas. En este sentido, el tiempo e intensidad de la emoción son factores

importantes a considerar en el mantenimiento o agravamiento tanto de las emociones como de la somatización (Valdez-Medina, 2009), lo que da la pauta para reconocer que tanto la salud mental como la física se ven deterioradas ante dicha situación.

Conforme a Barra (2003), al utilizarse un autoinforme de síntomas físicos o psicológicos, se debe tener en cuenta que estas personas parecen estar hipervigilantes respecto a su funcionamiento, algunos mayormente ansiosos y pesimistas, lo que se relaciona con la preocupación sobre los síntomas físicos y una interpretación de sensaciones menores como patológicas.

Finalmente, al parecer, la pérdida del estado de paz o equilibrio busca una forma de manifestarse para ser atendida, para lo cual es necesario la observación de las manifestaciones sintomáticas del cuerpo y con ello detectar el origen del malestar. En este sentido, la investigación de los procesos psicológicos asociados a la respuesta emocional podría facilitar la comprensión de los síntomas para dar una explicación que integre los factores causantes asociados con la somatización.

REFERENCIAS

- Alvarado, J., *et al.* (2014). Frustración, odio y culpa. Origen de la personalidad en conflicto. *Revista y Educación Internacional*, 4(7), 74-105.
- Barra, E. (2003). Influencia del estado emocional en la salud física. *Terapia psicológica*, 21, 55-60.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D. y Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861-865.
- Beck, A. T., Rush A. J., Shaw, B. F. y Emery, G (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Beck, A.T., Weissman, A. Lester, D. y Trexler, E. (1990). Escala de ansiedad. En Ellis A. y Grieger R. (Eds.) *Manual de terapia racional-emotiva*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Bogaert, H. (2012). La depresión, etiología y tratamiento. *Ciencia y sociedad* 2012, 37(2): 183-197.
- Cohen, S., Tyrrell, D., y Smith, A. (1993). Negative life events, perceived stress, negative affect, and susceptibility to the common cold. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 159-169.
- Cornella, J. (2008). *Trastornos psicosomáticos*. Girona: Centre Medic Psicopedagogic.

- Ellis, A. y Grieger, R. (1990). *Manual de terapia racional-emotiva*: Vol. II. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Goleman, D. (2012). Cómo influyen las emociones en la salud. Recuperado de <http://www.yogakai.com/goleman.htm> el 30 de noviembre de 2012.
- González, M. y Landero, R. (2008). *Síntomas psicósomáticos y estrés: comparación de un modelo estructural entre hombres y mujeres*. México: UANL.
- González, S., Valdez Medina, J.L., y González Arratia, L.F. N.I. (2012). *Escala de depresión EPMD*. Tesis doctoral. México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Miller, H. y Baruch, D. (1967). *Medicina Psicósomática práctica*. Barcelona: Labor.
- Moral, J. (2011). Personalidad y salud: un enfoque tradicional y fértil. En Moral, J., et al. *Psicología y Salud*. México: Consorcio de Universidades Mexicanas.
- Nummenmaa, L., Glerean, E., Hari, R., y Hietanen, J. (2013). Bodily maps of emotions. *Psychological and cognitive science*, 111(2), 646-651.
- Oblitas, L. (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida*. Australia: Internacional Thompson Editores.
- Oros, L.B y Neifert, I. (2006). Construcción y validación de una escala para evaluar indicadores físicos y psicoemocionales de estrés. *Evaluar*, 6, 1-14.
- Ortiz, F. (2005). *La relación cuerpo-mente: pasado, presente y futuro de la terapia psicocorporal*. México: Pax México.
- Palmero, F., Guerrero, C., Gómez, C. y Carpi, A. (2006). Certezas y controversias en el estudio de la emoción. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 9(23) y (24): 1-25.
- Piqueras, J.A., (2008). Ansiedad, depresión y salud. *Suma psicológica* 2008, 15(1): 43-73.
- Rubin, G. y Wessely, S. (2001). Dealing with dualism. *Advances in Mind-Body Medicine*, 17(4): 256-259.
- Salovey, P., Rothman, A., Detweiler, J. y Steward, W. (2000). Emotional states and physical health. *American Psychologist*, 55, 110-121.
- Sandín, B. y Chorot, P. (1995). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. En: Belloch, Sandín B. y Ramos, F. (eds.). *Manual de psicopatología*, 2; Madrid: Mac Graw-Hill.
- Selye, H. (1974). *Stress without distress*. Londres: Hodder & Stoughton.
- Sivik, T. y Shoenfeld, R. (2001). Somatization and paradigm of psychosomatology. *Advances in Mind-Body Medicine*, 14(4), 263-266.
- Torres, M. y Hernández, M. (2011). *Tendencias de la personalidad y los síntomas somáticos, en personas que acuden a consulta externa del sistema de salud estatal, durante 2009*. Tesis no publicada. México, UAEM.

- Torres, M.A. (2013). *Características de personalidad en adultos que presentan síntomas somáticos*. Tesis no publicada. México: UAEM.
- Torres, M.A., et al. (2013). Personalidad en caos o entrópica y su asociación con la presencia de síntomas somáticos. *Revista electrónica de Psicología de Iztacala*, 16(1), 144-158.
- Torres, M.A., et al. (2016). Somatización: un estudio desde la Teoría de la paz o equilibrio. En Díaz Loving, (2016). *Aportaciones actuales de la psicología social*. Vol. III (pp. 675-680). México: AMEPSO.
- Valdez-Medina, J.L. (2009). *Teoría de la paz o equilibrio: una nueva teoría que explica las causas del miedo y del sufrimiento, y que nos enseña a combatirlos*. México: EDAMEX.
- Valdez-Medina, J.L. y Torres, M. (2015). *Definición de emoción*. Seminario de Investigación. Toluca, México (*paper*).
- Vallejo, J. (2003). *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría*. 5a edición. Barcelona: Masson.
- Watson, D. y Pennebaker J. (1989). Health Complaints, Stress, and distress: Exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, 96, 234-254.

PERSONALIDAD ENTRÓPICA Y FELICIDAD EN ADOLESCENTES

Lorena Toribio Pérez

Norma Ivonne González Arratia López Fuentes

Hans Oudhof Van Barneveld

Sergio González Escobar

INTRODUCCIÓN

Los resultados de la presente investigación fueron obtenidos a través de un estudio que se llevó a cabo como parte del trabajo de tesis de titulación de maestría, durante el periodo 2010-2012.

Para atender el bienestar de los individuos, es necesario considerar un enfoque, además del tratamiento de los trastornos mentales, el estudio y promoción de las fortalezas humanas, del bienestar y de la felicidad, atendiendo la salud desde un enfoque positivo (Seligman, 2012), como se afirma desde la psicología positiva (Park, Peterson y Sun, 2013).

A raíz de lo anterior, se han realizado investigaciones acerca de aspectos como la felicidad, satisfacción con la vida, emociones positivas, fluidez, relaciones interpersonales positivas y optimismo, así como las fortalezas humanas, las cuales, si se promueven, pueden permitir al ser humano obtener un mayor bienestar (Csikszentmihalyi, 2008; Diener y Biswas, 2008; Frederickson, 2009; Lyubomirsky, 2014; Park y Peterson, 2008; Seligman, 2012; Vera, 2006).

Precisamente, la felicidad ha ocupado un lugar esencial dentro de las investigaciones; donde se pretende encontrar cómo se comportan las personas felices, así como las diferentes variables que influyen para que una persona sea feliz (Rodríguez, 2010). Se ha comprobado que cuando las personas viven estados de emociones positivas se obtienen ciertos beneficios; se reduce el nivel de angustia, se puede vivir más tiempo, mantener mayor atención, estar alerta, ser exitosos, saludables, optimistas, tienen mayor autoestima y son felices por más tiempo (Fredrickson, 2008; Fredrickson *et al.*, 2008; Lyubomirsky, 2008; Seligman,

2012), razón por la cual es relevante enfocarse a este tipo de investigaciones, a fin de encontrar las variables que se necesitan para que el ser humano obtenga felicidad.

La perspectiva positiva no descarta los acontecimientos y emociones negativas, sino que propone que el ser humano es capaz de adaptarse, de encontrar sentido y de crecimiento personal ante las experiencias traumáticas más difíciles de la vida (González, 2004; González Arratia, 2011; Seligman, 2012). Trata de explicar que las personas pueden alcanzar un nivel de desarrollo más allá de la salud, donde sea capaz de exponer sus virtudes más elevadas.

Una teoría que propone que las personas pueden superar sus miedos y frustraciones es la de Valdez-Medina (2009); en ésta afirma que se puede elegir vivir con una tendencia hacia el equilibrio y la paz o de lo contrario con una personalidad entrópica. Propone que el objetivo final que tienen los individuos es conseguir un estado de paz o equilibrio, con un estado de vida que ofrezca mayor estabilidad, mejor autoorganización y el menor desgaste posible.

Aunado a lo anterior, son varias propuestas que coinciden en que la felicidad se caracteriza por vivir en un estado de equilibrio y bienestar (Csikszentmihalyi, 2008; Lyubomirsky, 2014; Seligman, 2012), asociados a los aspectos que menciona la teoría de la paz o el equilibrio.

A pesar de que no se cuenta con un marco teórico respecto a la asociación de la felicidad con la personalidad entrópica en adolescentes, es posible considerar que los planteamientos de Valdez-Medina (2009) tienen una fuerte relación con la felicidad, ya que el ser humano aspira a un estado de paz o equilibrio, superando las adversidades y los miedos. De lo contrario, viviría con una personalidad entrópica; además, son escasos los datos acerca de las diferencias en personalidad entrópica en hombres y mujeres adolescentes.

Por lo anterior, esta investigación puede contribuir a encontrar qué aspectos de la personalidad en paz o equilibrio se relacionan con la felicidad durante la adolescencia. También puede ser la base para desarrollar nuevos estudios que involucren el análisis de la felicidad y la personalidad entrópica y su asociación con diversas variables sociodemográficas y psicológicas. Por ello, el objetivo de este estudio es comprobar la hipótesis de que a menor personalidad entrópica, mayor felicidad en adolescentes.

ANTECEDENTES

La felicidad es un término que si bien ha sido difícil de precisar, los autores coinciden en definirla como un estado mental y cognitivo, donde se tiene la experiencia de alegría y satisfacción (Csikszentmihalyi, 2008; Haid, 2006; Lyubomirsky, 2008; Seligman, 2012).

Este término deriva del latín *felicitas-atris*, a su vez de *felix*, fértil, fecundo; como la satisfacción o la posesión de un bien (Alarcón, 2006). Algunos filósofos como Aristipo, sugerían que el objetivo en la vida era vivir con placer (enfoque hedonista); en cambio, Aristóteles y Epicuro mencionaban que la felicidad se definía como el fin último de todas las acciones y aspiraciones (eudaimonia) dentro de lo mental y material, como una manifestación del alma en determinadas acciones. También se considera que la felicidad es un estado afectivo y cognitivo, una experiencia individual y subjetiva de satisfacción, cuando se logran los fines deseados y se hace lo que vale la pena (Alarcón, 2006).

El *Diccionario de la Lengua Española* (2011) define felicidad como el estado de ánimo que surge de la posesión de un bien, o como satisfacción, gusto, estar contento, suerte y ser feliz. Es el estado en el que una persona se siente satisfecha con su vida y vive una menor cantidad de experiencias desagradables (Alarcón, 2006).

Desde la perspectiva humanista, Maslow (1975) describía a un individuo que vivía experiencias de felicidad como una persona autorrealizada que experimentaba vivencias cumbre, alguien en funcionamiento óptimo. En este caso se habla de felicidad como un estado superior donde el ser humano se siente realizado.

También se ha definido como un sentimiento o estado en el que se presenta mayor fluidez al realizar las actividades. Por ejemplo, en deportes o actividades religiosas que requieren una gran concentración para producir felicidad (Csikszentmihalyi, (2008).

De acuerdo con Seligman (2012), hay diferentes factores que influyen en la felicidad: biológicos con 50% y dos factores externos: las condiciones de la vida, con 10% (sexo, edad, estado civil o lugar de residencia, etc.) y las actividades voluntarias que se realizan, que corresponde a 40% (lo que las personas deciden hacer, como aprender nuevas cosas).

Por esta razón, se supone que la felicidad es la sensación de plenitud del ser humano consigo mismo y con el mundo exterior, que le permite darse cuenta de la realidad, así como ser capaz de valorar o apreciar, de ser optimista y tener gratitud.

En esta sensación intervienen procesos mentales y emocionales. Por otro lado, Csikszentmihalyi (2008), Haid (2006), Lyubomirsky (2008) y Seligman (2012) han encontrado en la gente actividades, actitudes y rasgos de la personalidad relacionadas con la felicidad. Por su parte, Seligman (2012) sugiere que la felicidad también se obtiene con la práctica de las fortalezas y virtudes personales.

La felicidad es un constructo complejo, por lo que en ocasiones se toman como sinónimos la satisfacción con la vida y el bienestar subjetivo (Alarcón, 2006; Csikszentmihalyi y Patton, 1996; Haid, 2006; Lyubomirsky, 2008; Shahar, 2008; Vázquez, 2006).

En esta investigación se retoma la definición de Alarcón (2006), quien considera que la felicidad es un estado afectivo-cognitivo de satisfacción que experimentan las personas de forma subjetiva, cuando logran sus objetivos (Alarcón, 2006).

Específicamente, la conducta feliz presenta algunas propiedades: 1) La felicidad es un sentimiento de satisfacción que vivencia una persona y sólo ella en su vida interior; el componente subjetivo individualiza la felicidad entre las personas. 2) El hecho de ser un estado de la conducta, alude a la estabilidad temporal de la felicidad, puede ser duradera, pero a la vez predecible. 3) La felicidad supone la posesión de un bien, se es feliz en tanto se posee el bien deseado, es el objeto anhelado el que hace la felicidad de una persona. 4) El bien o bienes que generan la felicidad son de naturaleza variada (material, ética, estética, psicológica, religiosa, social). Se trata de cosas a las que las personas les asignan cualidades axiológicas o valencias positivas. Esto quiere decir que una cosa deviene en bien deseado por el valor que le atribuye una persona, de lo cual se infiere que la cosa deseada no necesariamente posee un valor intrínseco y que un mismo bien no siempre genera la felicidad de todos los individuos; y 5) también es posible que los objetivos colectivos coincidan de forma histórica y sociocultural (Alarcón, 2006, p. 101).

Se han realizado varias investigaciones donde se demuestra que la felicidad tiene relación con la resiliencia (González Arratia y Valdez, 2013), la autoestima (Núñez, González y Realposo, 2015) y ausencia de depresión (Manjunath y Kukarni, 2013). Asimismo, son varios estudios los que reportan que las personas felices sienten satisfacción con la vida y salud mental positiva (Góngora y Casullo, 2009; Moyano y Ramos, 2007), y que la felicidad proporciona beneficios a nivel físico, mental, emocional y espiritual (Sasanpour, Khodabakhshi y Nooryan, 2012; Seligman, 2012; Haid, 2006). Por el contrario, quien vive con sentimientos de tristeza,

depresión, con tendencia hacia el estado de desequilibrio y de caos, manifiesta una personalidad entrópica; por lo tanto, es una persona que se percibe infeliz (Valdez, 2009).

Valdez (2009), en la Teoría de la paz o el equilibrio, propone que a lo largo de la vida se pueden desarrollar dos tipos de tendencias de personalidad; la primera es la débil o de ego (+) o la de ego (-), la cual hace referencia a la desigualdad entre el yo real y el ideal. Los individuos con la tendencia de personalidad débil con dominancia de ego (+) buscan ser atractivos y admirados, quieren ser el modelo a seguir, aparentemente no tienen miedos, son impositivos, autoritarios, ególatras, manipuladores y persuasivos. Caen con facilidad en la dinámica de envidia, celos y odio. Las personas con la tendencia de personalidad débil con dominancia de ego (-) suelen llamar la atención a través de la compasión y la dependencia de los demás. Le gusta que le reconozcan la fuerza que tiene para soportar la adversidad, el sufrimiento y el dolor y presentan bajos niveles de autoestima.

La segunda es la tendencia de personalidad fuerte o de ego (cero), donde la persona acepta y rechaza con facilidad, sin represiones ni remordimientos; no presenta apegos hacia nadie, muestra seguridad y confianza, se protege a sí misma y es responsable. Experimenta situaciones de estabilidad emocional, se mantiene en un estado de paz, equilibrio, libertad y amor.

Por consiguiente, la Teoría de la paz o el equilibrio de Valdez (2009) propone que la personalidad entrópica es una tendencia de personalidad que pone al individuo en una situación de caos, desorden, desequilibrio, inestabilidad, donde se experimenta un mayor desgaste. A causa de esta tendencia se orienta por alcanzar un ideal de vida, de perfección en la forma de ser, siempre lleva al sujeto a no aceptar lo que es, lo cual hace que se mantenga dentro de una dinámica de vivir con miedo, incertidumbre, inseguridad y desconfianza permanentes, que si no se resuelve y además se pierde la esperanza de que se resuelva, siempre habrá la posibilidad de que esto lleve a las personas a experimentar o a vivir una vida con ansiedad o depresión.

Valdez (2009) refiere que cuando no se aceptan o rechazan abiertamente las necesidades o carencias, se comienza a aparentar y a controlar, con lo que se empieza a forzar, sustituir, compensar, fingir, mentir, reprimir, ocultar, callar, guardar secretos, pero con ello lo único que se logra es construir y desarrollar una tendencia de personalidad entrópica.

Respecto a la relación entre felicidad y personalidad entrópica, hasta el momento no se cuenta con evidencias empíricas que demuestren su asociación. Incluso, no se reportan datos del análisis de estas variables en conjunto, durante la adolescencia.

Precisamente, la adolescencia es un periodo que se caracteriza por la manifestación de cambios, físicos, psicológicos y de socialización, donde los jóvenes consolidan su identidad; durante esta transición se fortalecerá su personalidad, sus capacidades y fortalezas; asimismo, definirán sus gustos, forma de comportarse, de pensar y opinar, para poder llegar a tomar decisiones. Estos procesos son fundamentales, pues si se desarrollan de manera óptima, le permitirán vivir en un estado de bienestar y felicidad, con autoestima y seguridad personal para poder tomar decisiones cada vez más complejas, utilizar recursos o estrategias que le permitan resolver los problemas de una forma eficaz, también podrá formarse metas hacia el futuro de una forma optimista.

A pesar de la falta de datos acerca de la relación entre felicidad y personalidad entrópica, la misma Teoría de la paz o el equilibrio (Valdez, 2009) señala que una persona cuya personalidad es fuerte o de ego (cero) es alguien responsable, libre, amorosa y feliz; por el contrario, la personalidad entrópica afecta de forma negativa a la felicidad. Por lo tanto, la hipótesis resultante de este análisis es que la personalidad entrópica incide de forma negativa sobre la felicidad de los adolescentes.

MÉTODO

Este estudio es una investigación instrumental y empírica con estrategia predictiva, transversal (Montero y León, 2007; Ato, López y Benavente, 2013).

Participantes

Se trabajó con una muestra no probabilística de tipo intencional, compuesta por 405 adolescentes, de los cuales 200 son mujeres (49.38%) y 205 son hombres (50.61%), entre 14 y 19 años, estudiantes de nivel medio superior de diferentes escuelas públicas de Luvianos y Tejupilco, Estado de México.

Instrumentos

Se utilizaron las siguientes escalas:

1. Escala de Felicidad de Alarcón (2006), la cual se adaptó en México (Toribio *et al.*, 2012): se compone de 26 ítems en escala de tipo Likert de cinco opciones de respuesta (totalmente de acuerdo, acuerdo, ni de acuerdo ni desacuerdo, desacuerdo y totalmente en desacuerdo). Al extremo positivo le corresponden cinco puntos y al negativo un punto. Los ítems negativos se deben de calificar de forma inversa (2, 7, 13, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 25).

Se compone de cuatro dimensiones: 1) Sentido positivo de la vida (10 ítems, Alfa de Cronbach = 0.913, Varianza explicada = 18.123): una alta puntuación indica felicidad, que reflejan actitudes y experiencias positivas hacia la vida. En este sentido, la felicidad significa tener sentimientos positivos hacia sí mismo y hacia la vida y estar libre de estados depresivos. 2) Satisfacción con la vida (6 ítems, Alfa de Cronbach = 0.913, Varianza explicada = 11.229): se muestra satisfacción por lo que se ha logrado y la persona se encuentra satisfecha de estar donde está. 3) Realización personal (5 ítems, Alfa de Cronbach = 0.915, Varianza explicada = 10.702): expresa la felicidad plena, autosuficiencia y equilibrio emocional. El individuo se orienta a lograr sus metas que considera valiosas en su vida; y 4) Alegría de vivir (5 ítems, Alfa de Cronbach = 0.914, Varianza explicada = 10.27): manifiesta que es maravilloso vivir, se viven experiencias positivas. La escala presenta datos de validez en adolescentes mexicanos (alpha de Cronbach = 0.917, varianza explicada = 50.32%).

2. Cuestionario de Personalidad entrópica (Valdez-Medina, 2009), es una escala que consta de 60 enunciados, divididos en tres partes donde sólo se tiene que elegir uno por cada tres enunciados que se presentan, opción A, B o C. Los enunciados ubicados en la columna A se refieren a una tendencia de personalidad altamente entrópica; los ubicados en la opción B se corresponden con una tendencia de personalidad medianamente entrópica, y los ubicados en la columna marcada con la letra C pertenecen a una tendencia de personalidad en paz o equilibrio.

Los enunciados ubicados en la columna A tienen un valor de tres puntos (3), los de la columna B valen dos puntos (2) y los de la columna C tienen un valor de un punto (1); de tal manera que mientras más baja sea la puntuación obtenida en la autoaplicación, estaría indicando que se está más cerca de tener una tendencia de

personalidad en paz; por consiguiente, mientras más alto sea el puntaje, más cerca se está de tener una tendencia de personalidad entrópica. Los niveles de puntuación son: 60 puntos corresponden a una tendencia de personalidad totalmente entrópica. De 21 a 59 puntos tiene riesgo de vivir con base en una tendencia de personalidad entrópica. Y de 20 puntos es una tendencia de personalidad totalmente orientada a la vida en paz o equilibrio.

PROCEDIMIENTO

Se consiguió el consentimiento informado de los padres y de los participantes. La aplicación se llevó a cabo de manera colectiva, en sesiones de 40 minutos, en horarios académicos. Se les dio a conocer que los datos serían tratados de manera confidencial y de acuerdo con los criterios éticos de la APA.

Para lograr los objetivos de esta investigación se realizaron análisis descriptivos y de frecuencias con el fin de obtener la media y desviación estándar de felicidad y personalidad entrópica; con la prueba t de Student, para corroborar si había diferencias estadísticamente significativas de personalidad entrópica según el sexo, y de correlación de Pearson entre felicidad y personalidad entrópica; finalmente, se llevó a cabo un análisis de regresión múltiple por pasos para observar en qué medida la personalidad entrópica predice la felicidad. Los análisis se procesaron en el programa estadístico SPSS versión 16.0. con un nivel de confianza de 95% y una significancia estadística de $p < 0.05$.

RESULTADOS

Los resultados de los análisis de datos sociodemográficos indican que los participantes tienen entre 14 y 19 años de edad (Media = 15.82, Desviación Estándar = 1.18). De acuerdo con los resultados de los niveles obtenidos en cada variable, se puede observar que se obtuvo un nivel medio de felicidad ($M = 104.47$), y que la media indica que la muestra presenta una tendencia de personalidad entrópica ($M = 39.08$) (tabla 1).

Tabla 1. Media y desviación estándar de felicidad y personalidad entrópica

<i>Escalas</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Valor mínimo</i>	<i>Valor máximo</i>	<i>Nivel</i>
Felicidad	104.47	14.98	27	135	Media
Personalidad entrópica	39.08	5.0	20	60	Tendencia de personalidad entrópica

Fuente: elaboración propia.

Con la intención de obtener el porcentaje de la muestra, según los niveles de felicidad, se realizó una descripción de acuerdo con los rangos reportados por Alarcón (2006), donde se observa que 13.1% se encuentra en el nivel de muy baja felicidad; por el contrario, 21 y 18.3% de la muestra está en un nivel de alta y muy alta felicidad, respectivamente (tabla 2).

Tabla 2. Niveles de felicidad por rango

<i>Niveles de felicidad</i>	<i>Rangos establecidos</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
1. Muy baja	27-87	53	13.1
2. Baja	88-95	44	10.9
3. Media	96-110	146	36.0
4. Alta	111-118	88	21.7
5. Muy alta	119-135	74	18.3
<i>Total</i>		<i>405</i>	<i>100.0</i>

Fuente: elaboración propia.

En cuanto a la personalidad entrópica, se encontró que 11.85% de la muestra se encuentran en una tendencia de personalidad orientada hacia la paz; 13.58% en la personalidad entrópica, mientras que 74.57% está riesgo de vivir en una tendencia que reporta Valdez-Medina (2009) como personalidad entrópica (tabla 3).

Tabla 3. Niveles de personalidad entrópica por rango

<i>Niveles de personalidad entrópica</i>	<i>Rangos establecidos</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
1. Tendencia de personalidad hacia la paz o el equilibrio	20	48	11.85
2. En riesgo de vivir con una tendencia de personalidad entrópica	21-59	302	74.57
3. Personalidad entrópica		55	13.58
<i>Total</i>	<i>60</i>	<i>405</i>	<i>100.0</i>

Fuente: elaboración propia.

En análisis con la prueba t de Student para personalidad entrópica según sexo, permitió verificar que a partir de los niveles reportados por Valdez-Medina (2009) hay diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, donde los hombres presentan mayor puntaje que indica una tendencia de personalidad entrópica (tabla 4).

Tabla 4. t de Student de personalidad entrópica según sexo

<i>Escala unidimensional</i>	<i>Hombres</i> <i>n= 205</i>		<i>Mujeres</i> <i>n= 200</i>		<i>N=405</i>		<i>p</i>	<i>t</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>		
Personalidad entrópica	39.65	4.70	38.49	5.23	39.08	5.00	.008	3.361
<i>Alfa de Cronbach total</i>	<i>.925</i>							

Fuente: elaboración propia.

El análisis de correlación de Pearson permite ver que se encontraron correlaciones bajas y negativas como se esperaba y estadísticamente significativas entre felicidad y personalidad entrópica (tabla 5).

Tabla 5. Correlación de Pearson entre felicidad y personalidad entrópica

<i>Dimensiones de la escala de felicidad</i>	<i>Personalidad entrópica</i>
1. Sentido positivo de la vida	-.175**
2. Satisfacción	-.131**
3. Realización personal	-.043
4. Alegría de vivir	-.132**

**p=.01

Fuente: elaboración propia.

Con el objetivo de observar las variables que predicen la felicidad, por reactivos de la variable personalidad entrópica, se realizó un análisis de regresión por el método por pasos. En primer lugar, se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio del cuestionario de personalidad entrópica, del cual se tomaron en cuenta los ítems que tuvieron valores eigen por arriba de .30, por lo que se obtuvieron los reactivos 9, 10, 7, 1, 18, 2, 4, 6, 15, 5, 16, 17, 11, 14, 13 y 19. Enseguida, se incorporó a la felicidad como variable dependiente.

La ecuación de regresión contempla cuatro pasos. En el primero se incluyó el reactivo 1 (A lo largo de mi vida, he visto que he vivido en un estado de paz, equilibrio, tranquilidad, certidumbre, con una gran confianza, sin temores ni miedos) ($R^2 = .144$, $f = 67.65$, $p = .000$); en el segundo se agregó el reactivo 4 (No tengo expectativas, simplemente soy lo que hago, y hago lo que soy; por eso, no tengo que forzar nada para que se cumpla algo. Me guío por el ser en el hacer) ($R^2 = .027$, $f = 41.26$, $p = .000$); en el tercero se agregó el 10 (Conozco mis debilidades, mis defectos, mis miedos, mis carencias, mis necesidades, y no me da vergüenza ni pena, porque las acepto abiertamente y no me quejo por ello. Me conozco y acepto lo que soy) ($R^2 = .023$, $f = 32.04$, $p = .000$) y en el cuarto se agregó el 18 (Prácticamente nunca me irrito, nada me estorba, y si algo lo hace, lo digo y no lo reprimo. Un rato después de haberme enojado, ya estoy contento nuevamente, sin problemas, en paz o equilibrio. No guardo rencor o resentimiento de nada ni a nadie.) ($R^2 = .012$, $f = 25.79$, $p = .000$), Todos los reactivos predicen la felicidad en 20.5% de la varianza explicada ($R = .453$, $R^2 = .205$, $f = 25.797$, $p = .000$) (tabla 6).

Tabla 6. Análisis de regresión múltiple por pasos, de personalidad entrópica y felicidad

<i>Modelo</i>	<i>R</i>	<i>R2</i>	<i>R2 ajustado</i>	<i>Cambios de R2</i>	<i>Coficiente B</i>	<i>Coficiente β</i>	<i>T</i>	<i>f</i>	<i>(p)</i>
1	.379	.144	.142	.144	11.193	.318	-8.225	67.652	.000
2	.41	.170	.166	.027	8.657	.289	3.590	41.268	.000
3	.40	.193	.187	.023	6.246	.236	-3.383	32.042	.000
4	.453	.205	.197	.012	3.615	.130	-2.427	25.797	.000

Predictors: (Constant), P1

Predictors: (Constant), P1, P4

c. Predictors: (Constant), P1, P4, P10

d. Predictors: (Constant), P1, P4, P10, P18

e. Dependent Variable: total felicidad

Fuente: elaboración propia.

DISCUSIÓN

Los resultados confirman que la muestra obtuvo un nivel adecuado de felicidad, lo cual coincide con estudios anteriores donde encontraron que los adolescentes se perciben felices y se sienten satisfechos con las metas que han alcanzado (Csikszentmihalyi y Selega, 1998). Las evidencias empíricas muestran que son varios los factores que influyen en la felicidad, como el nivel de estudios y nivel socioeconómico (Alarcón, 2006; Diener y Biswas, 2008; Laca, Verdugo y Guzmán, 2005; Seligman, 2011). Por lo que sería recomendable indagar acerca de estas variables en futuras investigaciones, con la finalidad de precisar los factores que participan en la felicidad durante la adolescencia.

A pesar de la dificultad de que una persona llegue a obtener un nivel de personalidad en paz o en equilibrio (Valdez, 2009), de acuerdo con los resultados de personalidad entrópica ($M = 39.08$), teniendo 20 puntos como mínimo y 60 como máximo, se puede observar que los adolescentes se encuentran más cerca de la tendencia hacia el equilibrio que hacia la entropía y el caos; sin embargo, vale la pena continuar con los análisis para poder definir qué tanto se vive con una personalidad entrópica.

Relacionado con lo anterior, se puede decir que los resultados obtenidos en adolescentes, donde manifiestan una tendencia de personalidad entrópica, tiene cierto sentido y no precisamente significa que se encuentren en un estado completo de entropía y de caos, puesto que están en una etapa de transición en la que tienen que consolidar su identidad y su personalidad, además de enfrentar las exigencias sociales.

Por lo anterior, estas evidencias muestran lo difícil que es para los adolescentes ser como realmente quieren ser; sin embargo, se encuentran en una búsqueda por pensar y emitir sus propios criterios y hacer lo que les gusta, lo que obtendrán durante los procesos de maduración, autonomía y socialización. Aunado a esto, Valdez (2009) menciona que aunque parece imposible vivir en un estado de paz completo, las personas tienen la posibilidad de vivir de acuerdo con un principio de vida y de conducta que le motiva a enfrentar su cotidianidad de una forma diferente, haciéndola más llevadera.

Las diferencias estadísticamente significativas en personalidad entrópica según el sexo, mostraron que los hombres se encuentran en mayor riesgo de vivir con una tendencia de personalidad entrópica, lo cual puede ser debido a las exigencias hacia el sexo masculino, quienes tienen que cumplir con mayor número de estándares en la

sociedad, por lo que es posible que de acuerdo con Valdez (2009), vivan buscando ser atractivos por su fortaleza, o dentro del círculo del miedo dominados por la obligación y la necesidad. Cabe mencionar que se recomienda continuar con investigaciones que ayuden a discernir la tendencia de personalidad construida y desarrollada por tipo de ego que presentan los adolescentes (dominancia de ego+ o de ego-) (Valdez, 2009).

Es importante resaltar que Valdez (2009) propone que para lograr una tendencia de personalidad en paz es necesario aceptar o rechazar abiertamente, tanto social como individualmente; por lo que sería importante orientar a los adolescentes hacia la búsqueda de la paz, resolviendo las emociones negativas, el sufrimiento, el vacío existencial, la infelicidad, la frustración y el miedo.

La correlación significativa entre personalidad entrópica y felicidad, permite deducir que a menor personalidad entrópica mayor felicidad, lo cual es coherente con los planteamientos de Valdez (2009), ya que esto significa que una persona con tendencia de personalidad en paz se caracteriza por ser una persona feliz, por consiguiente presentan una personalidad con dominancia de ego (cero). Como afirman varios autores (Csikszentmihalyi, 2008; Haid, 2006; Lyubomirsky; 2008; Seligman, 2012), la felicidad también es la presencia de sentimientos de alegría y satisfacción y se encuentra libre de estados depresivos (Manjunath y Kukarni, 2013).

Finalmente, los análisis de regresión múltiple por pasos permiten inferir que la personalidad entrópica predice la felicidad; en este sentido, los ítems que hacen referencia a una tendencia de personalidad en paz o en equilibrio inciden en la felicidad de los adolescentes; por lo tanto, se puede afirmar que de acuerdo con Valdez (2009), el hecho de que una persona sea feliz significa que ha vivido en un estado de paz y equilibrio, de tranquilidad, de certidumbre, con una gran confianza, sin temores ni miedos, que no tiene expectativas, y no tiene que forzar nada para que se cumpla algo y se guía por el ser en el hacer. Del mismo modo que conoce sus debilidades, defectos, miedos, carencias, necesidades, y no le da vergüenza ni pena, porque las acepta abiertamente, se conoce a sí mismo y acepta lo que es. No guarda rencor o resentimiento de nada ni a nadie. Vive contento, sin problemas, en paz o equilibrio.

Una persona con las características anteriores será más feliz, lo que significa que se sentirá realizada, vivirá de acuerdo con el propio ser, hace lo que vale la pena hacer (Alarcón, 2006), tendrá capacidad de ser resiliente (González Arratia y Valdez, 2013), buena autoestima (Núñez, González y Realpozo, 2015) y ausencia

de sentimientos depresivos (Manjunath y Kukarni, 2013). En concreto, vive con satisfacción con la vida y salud mental positiva (Góngora y Casullo, 2009; Moyano y Ramos, 2007).

CONCLUSIONES

Los hallazgos de la presente investigación permiten llegar a varias conclusiones: los adolescentes de esta muestra manifiestan sentirse felices, por lo que viven la vida con alegría, le encuentran sentido positivo a la vida, sienten satisfacción personal y se sienten realizados con lo que han logrado hasta ahora; asimismo, muestran pensamientos positivos ante el futuro.

A pesar de que la mayoría de los adolescentes están en riesgo de vivir una personalidad entrópica, se puede afirmar que se encuentran más cerca de la tendencia orientada hacia la personalidad en paz o equilibrio. Por lo anterior, aun cuando parece imposible lograr un estado completo de equilibrio, bienestar y felicidad, se puede afirmar que los adolescentes pueden enfocar su búsqueda de la paz, tratando de vivir sentimientos y emociones positivas, intentando encontrar sus fortalezas, lo que realmente les gusta hacer, aceptarse como son, emitir sus propios criterios y enfrentarse a las situaciones difíciles utilizando estrategias eficaces.

Se confirma la hipótesis de que a menor personalidad entrópica, mayor será la felicidad en adolescentes. Quienes tengan una personalidad orientada hacia la paz o el equilibrio, con tendencia de tipo de personalidad con dominancia de ego (cero), tienen mayores posibilidades de ser felices, lo que implica sentir satisfacción por la vida, estar contentos con lo que son y con lo que hacen, tener expectativas positivas y vivir con bienestar.

En este caso, los hombres, a diferencia de las mujeres, presentan mayor tendencia de personalidad entrópica, por lo que se sugiere continuar con los análisis de las causas de estos resultados; de esta forma, se podrá discernir en qué medida los estereotipos sexuales influyen en la forma de pensar y en la conducta de los adolescentes para limitar o motivar su bienestar, felicidad y personalidad en paz y en equilibrio.

Uno de los límites que presentó la investigación fue que se realizó en un momento determinado en que no se pudieron generalizar los resultados; por consiguiente, se sugiere realizar estudios longitudinales con muestras diversificadas.

También se propone continuar con la investigación acerca de la asociación de la personalidad entrópica y la felicidad con variables psicológicas positivas (como las fortalezas, emociones positivas, empatía, resiliencia, optimismo, autoestima, estrategias de afrontamiento y salud mental positiva), así como variables que pertenecen al círculo del miedo, como la ansiedad, depresión y apatía. Por lo tanto, realizar estudios explicativos puede ser una manera de obtener bases empíricas acerca de los posibles factores psicológicos y socioculturales que pudieran explicar tanto la felicidad como la personalidad en paz o en equilibrio en estas edades.

Se concluye mencionando que es importante la investigación y promoción de la felicidad y personalidad en paz o equilibrio durante la adolescencia, ya que se encuentran relacionadas con el bienestar y la salud mental. De igual forma, es fundamental tomar en cuenta datos como los que aquí se muestran para llevar a cabo la promoción de estas variables, enseñando a los adolescentes cómo se puede vivir con mayor bienestar y felicidad, así como con una personalidad con tendencia hacia la paz o el equilibrio.

REFERENCIAS

- Alarcón, R. (2006). Desarrollo de una escala factorial para medir la felicidad. *Revista Interamericana de Psicología*, 40(1), 96-106.
- Ato, M. López, J. y Benavente, A. (2013). *Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología*. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059.
- Csikszentmihalyi, M. y Patton, J. (1996). *La felicidad, la experiencia óptima y los valores espirituales: estudio empírico en los adolescentes*. Universidad de Chicago.
- Csikszentmihalyi, M. (2008). *El yo evolutivo. Una psicología para un mundo globalizado*. Barcelona: Kairos.
- Diccionario Manual de la Lengua Española (2007). Larousse Editorial.
- Diener, E. y Biswas, R. (2008). *Happiness. Unlocking the Mysteries of psychological wealth*. USA: Blackwell Publishing.
- Fredrickson, B.L., Coffey, K., Pek, J., Cohn, M. y Finkel, S. (2008). Open Hearts Build Lives: Positive Emotions, Induced Through Loving-Kidness Meditation, Build Consequential Personal Resources. *APA. Journal of Personality and Social Psychology*, 95(5), 1045-1062.
- Fredrickson, B. (2009). *Positivity*. New York, USA: Random House Inc.

- Góngora, V. C. y Casullo, M.M. (2009). Factores protectores de la salud mental: un estudio comparativo sobre valores, autoestima e inteligencia emocional en población clínica y población general. *Interdisciplinaria*, 26(2), 181-205.
- González Arratia, N.I. (2011). *Resiliencia y personalidad en niños y adolescentes. Cómo desarrollarse en tiempos de crisis*. México: UAEM.
- González Arratia, N.I. y Valdez-Medina, J.L. (2013). Resiliencia y felicidad: el impacto de hechos vitales negativos y positivos en adolescentes. *Pensando Psicología*, 9(16).
- González, C. (2004). La psicología positiva: un cambio en nuestro enfoque patológico. *Revista de Psicología*, (10), 82-88.
- Haid, J. (2006). *La hipótesis de la felicidad*. Barcelona: Gedisa.
- Laca Arocena, F. A., Verdugo Lucero, J. C., y Guzmán Muñoz, J. (2005). Satisfacción con la vida de algunos colectivos mexicanos: una discusión sobre la psicología del bienestar subjetivo. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 10(2), 325+.
- Lyubomirsky, S. (2008). *La ciencia de la felicidad. Un método para conseguir el bienestar*. España: Urano.
- Lyubomirsky, S. (2014). *Los mitos de la felicidad*. Barcelona: Urano.
- Manjunath, R. y Kulkarni, P. (2013). Mental health status and depression among medical students in Mysore, Karnataka – an untouched public health issue. *National Journal of Community Medicine*, 4(1), 50-53.
- Maslow, A. H. (1975). *Motivación y personalidad*. Barcelona: Sagitario.
- Montero, I. y León, O.G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-886.
- Moyano, D.E. y Ramos, A.N. (2007). Bienestar subjetivo: midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en población chilena de la Región Maule. *Revista Universum*, 22(2).
- Núñez, R.M.A., González, Q.G.E. y Realpozo, R.C. (2015). Relación entre autoestima y felicidad desde la Psicología positiva en estudiantes de enfermería intercultural. *Revista enfermería actual en Costa Rica*, 29, 1-17.
- Park, N. y Peterson, C. (2008). Positive psychology and character strengths: application to strengths-based school counseling. *Escuela Profesional de Asesoramiento*, 12(2), 85-92.
- Park, N., Peterson, Ch. y Sun, J. K. (2013). Psicología positiva. Investigación y aplicaciones. *Terapia Psicológica*, 31(1), 11-19.
- Rodríguez, C. (2010). Variables psicológicas asociadas con la felicidad en centros peri-urbanos y urbanos marginales de Lima. Perú. *Scientia*, 2(1), 61-68.

- Sasanpour M., Khodabakhshi, M. y Nooryan, Kh. (2012). The Relationship between Emotional Intelligence, Happiness and Mental Health in Students of Medical Sciences of Isfahan University. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*, 4(9), 1614-1620.
- Seligman, M. (2011). *Flourish*. New York, NY: Free Press.
- Seligman, M. (2012). *La auténtica felicidad*. Barcelona: Byblos.
- Shahar, T.B. (2008). *Ganar felicidad. Descubre los secretos de la alegría cotidiana y la satisfacción duradera*. Barcelona, España: Integral.
- Toribio, P.L. et al. (2012). Validación de la escala de felicidad de Alarcón para adolescentes mexicanos. *Psicología iberoamericana*, 20(1), 71-79.
- Valdez-Medina, J.L. (2009). *Teoría de la paz o equilibrio. Una nueva teoría que explica las causas del miedo y del sufrimiento y que nos enseña a combatirlos*. México: Edamex.
- Vázquez, C. (2006). La psicología positiva en perspectiva. *Papeles del psicólogo*, 27(1), 1-2.
- Vera, B. (2006). Psicología positiva, una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del psicólogo*, 27(1), 3-8.

SIGNIFICADO DE TALENTO: UNA PROPUESTA ETNOMETODOLÓGICA

Mario Ulises Maya Martínez
Lucina Isabel Reyes Lagunes

INTRODUCCIÓN

Todo ser humano posee características genéticas particulares, que al entrar en contacto con los procesos de socialización propios de la cultura a la que se pertenece generan los estereotipos con los que las personas ingresan y participan en sociedad (Valdez-Medina, Díaz-Loving y Pérez, 2005). Tanto el factor biológico como el entorno cultural en el que el individuo se desenvuelve ayudan a la formación de la personalidad distintiva para cada ser humano (Díaz-Guerrero, 1982).

Frager y Fadiman (2001); Balcazar *et al.* (2005) y Moral, Valdez-Medina y González-Arratia (2011) explican que la personalidad puede entenderse como un conjunto de características que explican los patrones constantes que constituyen la forma de ser, la manera de sentir, pensar e incluso actuar de una persona.

Sin embargo, Valdez-Medina (2009) precisa que si bien es cierto que estas características son relativamente fijas, no son estables, puesto que se modifican con el tiempo y con las experiencias de vida de las personas. El autor propone el término “tendencias de personalidad” para referirse al grupo de características específicas y personales que se unen para desarrollar y consolidar una estrategia, denominada “comportamental”, utilizada por un individuo de manera frecuente o usual, y que se despliega con el objetivo de conseguir o bien conservar recursos o satisfactores que ayudan a la persona a cubrir tanto necesidades como carencias; además, le permiten restablecer la paz o el equilibrio. Valdez Medina (2009) define dicho concepto como un estado libre de amenazas, que da a la persona seguridad, una sensación de confianza, tranquilidad y estabilidad, además de ayudarlo a la autoorganización, lo que le brinda una mayor disponibilidad de energía.

Las diferencias individuales siempre han sido un tema de estudio importante para la psicología. Sin embargo, de acuerdo con Robinson y Aronica (2013)

el interés por éste se ha incrementado en los últimos años debido a los rápidos cambios económicos, tecnológicos y culturales que experimenta el mundo. Por ello, el estudio de temas como el talento y la creatividad han salido a relucir (Betancourt y Valadez, 2012).

La investigación científica referente al talento ha presentado dificultades, la mayoría se centra en el poco consenso que existe entre los investigadores para definirlo y la forma adecuada de abordarlo. La utilización indiscriminada de conceptos relacionados con el talento ha generado confusión. Al respecto, Maya (2016) afirma que es posible diferenciar conceptos si se realiza una revisión de la literatura especializada.

Un buen punto para comenzar son las definiciones presentadas por el diccionario de la Real Academia Española (RAE, 2001); por ejemplo, el talento es definido como la inteligencia o capacidad para entender y/o una aptitud para el desempeño o ejercicio de una ocupación. Es decir, se considera a la aptitud como una capacidad que hace competente a una persona para desempeñar una actividad determinada.

Gagné (1991, 2010), por su parte, se ha referido al “talentoso” como una persona que demuestra aptitud y que dé resultados notables dentro de un área específica. Estas personas presentan características que las hacen adecuadas para realizar una tarea o función.

Otra perspectiva entiende al talento como el dominio de un campo específico del saber humano (Betancourt y Valadez, 2012). Esta definición es la más utilizada en nuestro país, al grado de ser retomada por la Secretaría de Educación Pública (SEP) como apoyo para desarrollar algunos programas dirigidos a la educación básica. Betancourt y Valadez (2012) explican que el campo que una persona talentosa puede llegar a dominar se constituye de reglas y simbolismos que se encuentran en la cultura y se comparten dentro de una sociedad.

El primer intento por reconocer a los sujetos talentosos se conoce como el informe Marland (1972), el cual se desarrolló con la finalidad de ayudar a los trabajadores de la educación a identificar elementos comunes en las personas con talento, lo que les permitiría realizar adecuaciones propias a sus necesidades.

A partir de dicho informe, se han desarrollado modelos que buscan la identificación de dichos sujetos, éstos pueden dividirse de la siguiente manera (Betancourt y Valadez, 2012; Prieto, 1997):

Modelos basados en rasgos: se enfocan en el estudio de las capacidades sobresalientes en términos de Coeficiente Intelectual (CI). Terman (1916) fue el primero en utilizar el término superdotación, y lo acuñó para referirse a aquellos individuos que presentaban CI por encima de 130 puntos.

Modelos cognoscitivos: hacen un intento por describir de manera cualitativa los procesos utilizados en la elaboración de información. Estos modelos muestran más interés en el proceso llevado a cabo para obtener un resultado, que en el resultado en sí mismo. Acorde con Prieto (1997), su ventaja principal consiste en identificar procesos y estructuras cognoscitivas, a través de las cuales se llega a una realización superior. Quizás la teoría de la inteligencia triárquica de Sternberg (1985) sea la principal representante de esta perspectiva.

Modelos orientados al rendimiento: se basan en la existencia de un nivel determinado de capacidad o talento, esto lo suponen como una condición necesaria aunque no suficiente para garantizar un buen rendimiento (Prieto, 1997). Quizás la teoría de los tres anillo (Renzulli, 1986) sea el modelo más famoso dentro de esta perspectiva; éste ubica a la habilidad por encima de la media, la creatividad y el compromiso con la tarea como los principales rasgos que caracterizan a las personas talentosas.

Modelos socioculturales: destacan la importancia de factores propios de la cultura a la hora de conceptualizar al talento. Esta postura tiende a relativizar el concepto y lo limita a un determinado ámbito cultural; parte de la idea de que es la cultura, con sus reglas y simbolismos, la que determina cuáles son los productos dignos que pudieron surgir de un talento especial. Betancourt y Valadez (2012) explican, desde esta perspectiva, que el talento sólo puede ser desarrollado dentro de una dinámica de intercambio entre el individuo y su sociedad. El modelo de la estrella de Tannenbaum (1986) es el principal representante de este enfoque.

Diversos investigadores (Gardner, 1983, 1993; Robinson y Aronica, 2013) apoyan la idea de que el talento se presenta en cualquier área del quehacer humano, y que es posible desarrollarla. Por ello, existe una marcada preocupación por llevar a cabo estudios en población infantil y orientados al ambiente educativo (Sternberg, 2002; Sternberg *et al.*, 2010), por la oportunidad de incidir en el desarrollo de habilidades a temprana edad (Betancourt y Valadez, 2012).

Autores como Sánchez y Domínguez (2012) han puntualizado que uno de los mayores desafíos que enfrentan los profesores y pedagogos en el presente siglo es

ayudar a los alumnos, y a las personas en general, a desarrollar su potencial, hacerlos conscientes de sus fortalezas y motivarlos para que las ejerzan de forma útil para su sociedad, algo que debe contemplar también a la educación media y superior (López-Suárez *et al.*, 2009), puesto que es tarea de estas instituciones facilitar y promover procesos de cambio a través de la docencia y la investigación (Bustamante, Pérez y Maldonado, 2007).

Para Valdez-Medina (2015), el talento cumple una función importante para la estabilidad del ser humano, puesto que desarrollar las habilidades personales permite al individuo evitar las amenazas y obtener satisfactores que lo mantienen en equilibrio.

Sin duda, desarrollar habilidades se constituye como un proceso complejo en el que convergen y se relacionan factores de diversa índole, en el cual el individuo proyecta atributos de corte espiritual, intelectual, emocional y social (Pacheco, 2001). Por ello, es necesaria una investigación que ayude a clarificar y entender mejor el talento. La importancia del talento no se pone en duda debido al impacto que tiene sobre la cultura (Robinson y Aronica, 2013), de ahí que se debe promover su desarrollo en las futuras generaciones.

El objetivo de esta investigación consistió en explorar el significado que los jóvenes universitarios mexicanos dan al talento, y analizar las dimensiones que lo componen.

MÉTODO

Participantes

Participaron 250 estudiantes (50% hombres y 50% mujeres) de la Universidad Autónoma del Estado de México, con un rango de edad de entre 18 y 25 años. El muestreo utilizado fue no probabilístico y de tipo intencional. Reportar tener empleo al momento de la aplicación fue considerado criterio de exclusión.

Instrumento

Para la presente investigación se implementó un cuestionario en dos fases. En la primera se utilizó la técnica de Redes Semánticas Naturales (Valdez-Medina, 1998)

con el objetivo de conocer el significado de talento brindado por los participantes; se utilizaron siete frases estímulo considerando las áreas conductual, emocional-afectivo y cognoscitivo del fenómeno.

Las frases estímulo utilizadas fueron:

1. Para mí el talento es.
2. Yo considero que una persona talentosa/con talento se dedica a.
3. Las características que posee una persona talentosa/con talento son.
4. Emocionalmente, considero que una persona talentosa es.
5. Lo que yo creo que motiva a una persona talentosa/con talento es.
6. Yo considero que una persona talentosa/ con talento logra.
7. Pienso que lo que hace que una persona no desarrolle su talento es.

Como lo indica la técnica (Valdez-Medina, 1998), se solicitó que los participantes respondieran con al menos cinco palabras sueltas, relacionadas con el estímulo. Una vez obtenidos los datos, se procedió al cálculo del valor M, para cada uno de los estímulos presentados. Este valor es un indicador del peso semántico y se obtiene de multiplicar la frecuencia de aparición por la jerarquía obtenida para cada una de las palabras generadas por los participantes.

En la segunda fase, se realizó una lista general que agrupa las palabras más mencionadas por los participantes (con mayor valor M). Éstas constituyen los 49 estímulos (Hogan, 2004) que conforman el instrumento final, dispuestos en escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta, pensadas para conocer la importancia que el participante brinda a cada una de las palabras mostradas en relación con el constructo. Las opciones de respuesta fueron: 1. No la define, 2. La define muy poco, 3. La define regular. 4. La define bien y 5. La define muy bien.

Procedimiento

Previa autorización, se realizaron las aplicaciones de manera grupal en las instalaciones de la Universidad Autónoma del Estado de México; cada aplicación tomó un tiempo aproximado de 15 minutos.

RESULTADOS

Con el objetivo de conocer las dimensiones que subyacen a los datos, se realizó un análisis de componentes principales, con rotación Varimax. El análisis arrojó once componentes, siete de ellos fueron conservados debido a su claridad conceptual, y por presentar valores Eigen mayores a uno. En conjunto, permiten explicar 49.7% de la varianza total. Los componentes obtenidos fueron: éxito personal, antitalento, dedicación, origen del talento, expresiones del talento, creatividad y logros (tabla 1).

Tabla 1. Análisis de componentes principales con rotación Varimax

	<i>F1</i>	<i>F2</i>	<i>F3</i>	<i>F4</i>	<i>F5</i>	<i>F6</i>	<i>F7</i>
Felicidad	.763						
Amigable	.732						
Alegre	.731						
Amable	.721						
Familia	.712						
Humildad	.616						
Sociable	.550						
Metas	.514						
Superación	.487						
Sensible	.484						
Sociedad	.448						
Sueños	.432						
Seguro/a	.405						
Éxito	.400						
Desinterés		.768					
Miedo		.748					
Flojera		.745					
Inseguridad		.696					
Apatía		.690					
Necesidad		.469					
Dedicado/a			.718				
Responsable			.709				
Trabajo			.693				
Objetivos			.519				

Continúa...

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7
Desarrollado			.519				
Don				.633			
Virtud				.600			
Único				.583			
Cualidad				.496			
Aptitud				.451			
Cantar					.842		
Bailar					.806		
Música					.726		
Creatividad						.766	
Crear						.736	
Innovación						.616	
Imaginación						.604	
Arte						.497	
Dinero							.602
Satisfacción							.574
Sobresalir							.400

Notas: se muestran las cargas factoriales > .40. F1 = Éxito personal. F2 = Anti-talento. F3 = Dedicación. F4 = Origen del talento. F5 = Expresiones del talento. F6 = Creatividad. F7 = Logros

Fuente: elaboración propia.

DISCUSIÓN

Los resultados del análisis muestran siete componentes para el constructo Talento: *Éxito personal* (que engloba definidoras de carácter personal y social que derivan en satisfacción); *Antitalento* (aspectos que evitan que el talento pueda desarrollarse); *Dedicación* (características personales que comprometen al sujeto a una actividad o tarea); *Origen del talento* (definidoras que se relacionan con la idea que tiene el sujeto acerca de su génesis); *Expresiones del talento* (actividades donde existe una demostración de éste); *Creatividad* (características de la conducta creativa); y *Logros* (consecuencias del desarrollo del talento).

Los participantes parecen relacionar al talento con el éxito personal; esto, a su vez, se traduce también en sentimientos de felicidad y/o alegría. Gagné (1991) y Robinson

y Aronica (2013) mencionan que en la actualidad los jóvenes buscan trabajar en algo que les gusta o les apasiona, lo que tiene un impacto positivo en su vida, al grado que el desarrollo del talento ha sido considerado un recurso terapéutico muy valioso para la salud (Csikszentmihalyi, 2011; Vecina, 2006).

La dedicación ha sido también un rasgo asociado de manera frecuente a las personas talentosas por el hecho de que estos sujetos cuentan con objetivos y metas claras. Renzulli (1986) ha puntualizado que el compromiso con una tarea es un componente necesario para identificar a los sujetos talentosos, debido a que éstos pueden dedicar periodos prolongados en actividades que requieren trabajo duro, confianza en sí mismo y un alto nivel de interés y entusiasmo.

Los resultados también muestran algunas ideas que los participantes tienen respecto del origen del talento. Si bien lo consideran como una cualidad única, también aparecen definidoras como virtud y don. La controversia acerca de su origen se remonta hasta los griegos; la duda recurrente se centra en saber si las personas con talento obtienen sus habilidades de forma innata o si es posible desarrollarlas mediante la práctica o el aprendizaje, a lo anterior se le conoce como el dilema *Natura-Nurtura* (López-Suárez *et al.*, 2009).

A pesar de que algunas de estas ideas persisten, se ha logrado un consenso al aceptar que no existe un solo aspecto de la conducta humana en el que no intervengan influencias genéticas (Sánchez y Domínguez, 2012) y ambientales (Bär, 2009; Csikszentmihalyi y Robinson, 1986; Martuscelli y Martínez, 2007; Robinson y Arinoca, 2013). Cada vez son más los investigadores que aseguran que si el entorno no presenta las características adecuadas, las habilidades potenciales no llegarán a cristalizarse (Bär, 2009; Lorenzo, 2006; Robinson y Arinoca, 2013; Sternberg y Lubart, 1995).

Las expresiones del talento mencionadas por los participantes se relacionan con el arte. Resulta interesante que la creatividad se constituya como uno de los componentes del constructo talento, lo que apoya el punto de vista de Csikszentmihalyi (2011) acerca de que la creatividad involucra a la acción, y que ésta no podrá ser entendida sin la valoración del entorno social (Romo, 2012); se entiende que la creatividad forma parte del talento y usa a éste como su medio de expresión.

Los resultados referentes a los logros obtenidos a través del talento muestran definidoras como dinero, satisfacción y sobresalir. Sin duda, el talento juega un papel importante para el bienestar de un grupo y el entorno. Fonseca (1991) afirma que

aunque el talento tenga un fuerte sentido individual debe convertirse en un bien social a través de la innovación y las grandes contribuciones que hacen estas personas, lo que sin duda les permite ascender escala social y obtener una vida más satisfactoria (Pacheco, 2001).

El componente Antitalento muestra definidoras como desinterés, miedo, flojera, inseguridad, apatía y necesidad. Todas éstas pueden considerarse aspectos que evitan que el talento se desarrolle de forma adecuada, además de ubicar a la persona en un estado de desequilibrio (Valdez-Medina, 2009).

Para Valdez-Medina (2009) resulta importante el desarrollo consciente de las habilidades del individuo. Y propone el concepto del “ser en el hacer”. En palabras del autor: “El ser en el hacer permite a la persona ser lo que hace y hacer lo que es, sin contradicciones, manteniendo al individuo en un estado de paz o equilibrio” (Valdez-Medina, 2015), siendo el desarrollo del talento personal una vía favorable para tal fin.

Una ventaja de utilizar la técnica de redes semánticas naturales (Valdez-Medina, 1998) es que se generan definiciones usando como base las respuestas de los participantes. En este sentido, es posible entender al talento como una aptitud que se expresa mediante acciones concretas, evaluadas como creativas y que tienen éxito gracias a la dedicación para lograr su desarrollo, lo que conlleva logros y éxito personal.

Los resultados mostrados permiten comprender de mejor manera el concepto que los jóvenes universitarios mexicanos tienen del talento, esto ayuda a la operacionalización del constructo para estudios futuros. Los indicadores y componentes obtenidos pueden ser utilizados para la redacción de reactivos que permitan la validación de instrumentos adecuados a la cultura mexicana.

REFERENCIAS

- Allport, A. (1966). *La personalidad: su configuración y desarrollo*. Barcelona: Herder.
- Balcázar, P. et al. (2005). *Teorías de la personalidad*. Toluca: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Bär, N. (2009). La diáspora de talentos. *Revista del hospital materno infantil Ramón Sardá*, 28(2), 50. Recuperado en www.sarda.org.ar/content/download/742/5189/file/2009-2.pdf
- Betancourt, J. y Valadez, M. (2012). *Cómo propiciar el talento y la creatividad en la escuela*. México: El Manual Moderno.

- Brody, N. (2000). *Psicología de la personalidad*. Madrid: Prentice Hall.
- Bustamante, S., Pérez, I. y Maldonado, M. (2007). Talento humano, investigación y capacidad innovadora en educación superior. *Multiciencias*, 7(2), 167-175.
- Csikszentmihalyi, M. (2011). *Creatividad. El fluir y la psicología del descubrimiento y la invención*. Madrid: Paidós.
- Csikszentmihalyi, M. y Robinson, R.E. (1986). Culture, Teme and the development of talent. En Robert Sternberg and Janete E. Davinson (Eds.). *Conceptions of giftedness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Díaz-Guerrero, R. (1982). *Psicología del mexicano*. México: Trillas.
- Fonseca, C. (1991). Logo: un medio para el desarrollo del talento. *Revista Educación*, 15(1), 19-30.
- Fragar, R. y Fadiman, J. (2001). *Teorías de la personalidad*. México: Oxford-Alfaomega.
- Gagñe, F. (1991). Toward a differentiated model of giftedness and talent. Nicholas Colangelo y Gary A. Davis (Eds.). *Hand book of gifften education*. Boston: Allyn and Bacon.
- Gagñe, F. (2010). Motivation within the DMGT 2.0 framework. *High Ability Studies*, 21(2), 81-89.
- Gardner, H. (1983). *La teoría de las inteligencias múltiples*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Gardner, H. (1993). *Creating minds*. New York: Basic Books.
- Hogan, T. (2004). *Pruebas psicológicas. Una introducción práctica*. Mexico: Manual Moderno.
- López-Suárez, A., Silva, E., Morales, I., Vieyra, M., Solórzano, M., Gutiérrez, C. y Jiménez, A. (2009). *La educación de dotado en los niveles G10+*. México: El Manual Moderno.
- Lorenzo, R. (2006). ¿A qué se le denomina talento?: Estado del arte acerca de su conceptualización. *Intangible capital*, 2, 72-163. Recuperado en <https://upcommons.upc.edu/bitstream/handle/2099/2933/A%20que%20se%20le%20denomina%20talento.pdf>
- Marland, S.P. (1972). *Education of the gifted and talented*. Report to the congress of the United States. USA: Comisioner of Education, Washington Printing office.
- Martuscelli, J. y Martínez, C. (2007) *La migración del talento en México*. *Universidades*, 57(35), 3-14. Recuperado en <http://www.redalyc.org/pdf/373/37303502.pdf>
- Maya, M.M. (2016). *Significado de creatividad y talento: Una propuesta Etno metodológica*. (Tesis de Maestría). Toluca: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Moral, J., Valdez-Medina, J. y González Arratia, N. (2011). *Psicología y salud*. México: Consorcio de Universidades Mexicanas.

- Pacheco, V.M. (2001). El desarrollo del talento sobresaliente en los estudiantes adolescentes. *Educación*, 25(1), 123-135. Recuperado en <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/educacion/article/viewFile/2937/2838>
- Prieto, M.S. (1997). *Educación para la diversidad*. España: Ediciones Aljibe.
- Real Academia de la Lengua Española (RAE) (2001). *Diccionario de la Lengua Española*. Madrid: Espasa.
- Renzulli, J. (1986). The three-ring conception of giftedness: a developmental model for creative productivity. Robert Sternberg. *Conceptions of giftedness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Robinson, K. y Aronica, L. (2013). *El elemento: Descubrir tu pasión lo cambia todo*. México: De bolsillo.
- Romo, M. (2012). *Psicología de la creatividad*. Barcelona: Paidós.
- Sánchez, S. y Domínguez, A. (2012). El Talento en la docencia. En Vargas, T. (Coord.). *Psicología positiva* (pp. 93-123). México: Trillas.
- Sternberg, R. J. (1985). Implicit theories of intelligence, creativity and wisdom. *Journal of personality and social psychology*, 49, 607-627. Recuperado en [http://faculty.weber.edu/eamsel/Research%20Groups/Dual%20Process%20Research/Papers/Sternberg%20\(1985\).pdf](http://faculty.weber.edu/eamsel/Research%20Groups/Dual%20Process%20Research/Papers/Sternberg%20(1985).pdf)
- Sternberg, R.J. (2002). Raising the achievement of all students: teaching for successful intelligence. *Educational Psychology Review*, 14(4), 383-393.
- Sternberg, R.J. y Lubart, T.I. (1995). *Defying the crowd. Cultivating creativity in a culture of conformity*. New York: The Free Press.
- Sternberg, R. et al. (2010). Enseñanza de la inteligencia exitosa para alumnos superdotados y talentosos. *Revista electrónica interuniversitaria de formación*, 13(1), 111-118. Recuperado en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=217014922011>
- Tannenbaum, A.J. (1986). *Gifted children. Psychological and educational perspectives*. New York: McMillan.
- Terman, L. (1916). *The measurement of intelligence*. USA: Houghton Mifflin Company.
- Valdez-Medina, J.L. (1998). *Las redes semánticas naturales, usos y aplicaciones en psicología social*. México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Valdez-Medina, J.L. (2009). *Teoría de la paz o el equilibrio: una nueva teoría que explica las causas del miedo y del sufrimiento y que nos enseña a combatirlo*. México: Edamex.
- Valdez-Medina, J.L. (2015). *Comunicación oral dentro del Seminario de investigación III*. Maestría en Psicología. Toluca: Universidad Autónoma del Estado de México.

Valdez-Medina, J.L., Díaz Loving, R., y Pérez, R. (2005). *Los hombres y las mujeres en México: dos mundos distantes y complementarios*. México: Universidad Autónoma del Estado de México.

Vecina, J.M. (2006). Creatividad. *Papeles del psicólogo*, 27(1), 31-39. Recuperado en <http://www.papelesdelpsicologo.es/contenido?num=1120>

RESILIENCIA Y RECURSOS PSICOLÓGICOS EN NIÑOS DE UNA COMUNIDAD RURAL. LA CONEXIÓN ENTRE LA ADVERSIDAD Y LA SALUD

Norma Ivonne González Arratia López Fuentes

Yessica Paola Aguilar Montes de Oca

Martha Adelina Torres Muñoz

Jorge Alvarado Orozco

Sergio González Escobar

INTRODUCCIÓN

La psicología positiva se puede definir como el estudio científico de las fuerzas y virtudes humanas naturales (Sheldon y King, 2001). Es una disciplina que se ocupa en entender la eficacia del funcionamiento del ser humano, centrandó la atención en los potenciales, motivos y capacidades que hacen que una gran parte de las personas se adapten exitosamente a la mayoría de las circunstancias.

En general, los temas principales de la psicología positiva se pueden dividir en cuatro áreas: 1) evolución de las perspectivas, 2) rasgos personales positivos, 3) implicaciones para la salud física y mental y 4) promoción de la excelencia. La psicología positiva tiene un efecto importante para mejorar las cualidades personales y la vida profesional a través de su aplicación, tanto individual como social.

Entre las múltiples variables que estudia la psicología positiva, se encuentra precisamente la resiliencia, la cual ha alcanzado relevancia e interés y es estudiada por diversas disciplinas, como la psicología, psiquiatría, sociología, biología, endocrinología y neurociencias (Herman *et al.*, 2011). La resiliencia se refiere a un enfrentamiento efectivo de eventos estresantes y a la capacidad de resistir a la destrucción y levantarse a pesar de la adversidad, pero también a su potencialidad de construcción positiva, de responder de forma adaptativa y crecer a pesar de las circunstancias difíciles (González Arratia, 2011).

En este estudio se aborda el constructo de resiliencia desde la perspectiva de González Arratia (2011), el cual se basa en la consideración de que la resiliencia

implica la interacción entre el individuo y el entorno, de ahí que se entiende que es la capacidad de los individuos para superar el riesgo y la adversidad de forma constructiva (González Arratia, 2011).

Partiendo de la postura de Grotberg (2006), quien señaló que ningún factor y por sí solo promueve la resiliencia, es que se justifica la visión multinivel en su estudio, ya que se tiene por objetivo conocer los factores involucrados en el comportamiento resiliente. Bajo esta línea, se han estudiado las variables denominadas recursos psicológicos.

De acuerdo con Martínez (2007), los recursos psicológicos son aquellos factores de resistencia o protección inherentes al propio comportamiento y personalidad del ser humano, los cuales son susceptibles de aumentar la resistencia a la adversidad y favorecer un desarrollo sano en las personas, acrecentando las reservas a las que pueden recurrir cuando se les presenta una amenaza o una oportunidad; éstos comprenden: creatividad, mentalidad abierta, sentido del humor, optimismo, perdón, capacidad de y dejarse amar, capacidad de solucionar problemas, el perdón, la vitalidad, control y la inteligencia emocional y social.

Según Jerusalén y Schwarzer (2002), los recursos psicológicos son recursos internos generalmente considerados como características básicas de la personalidad, los cuales ayudarán al individuo a evaluar y afrontar los retos de la vida, generando o mediando las respuestas enfocadas a obtener o recuperar el bienestar.

Los recursos psicológicos también se pueden definir como “objetos, condiciones, características personales y elementos no tangibles que tienen por sí mismos un valor para la supervivencia, ya sea de manera directa o indirecta y sirven como medio para alcanzar nuevos recursos; estos pueden ser conservados, obtenidos, protegidos, promovidos e intercambiados” (Rivera, Martínez y Obregón-Velasco, 2013, p. 116).

En los últimos años, ha habido un importante interés en el estudio de los recursos psicológicos, ya que se ha visto que favorecen la salud y el bienestar de los individuos (Snyder y López, 2002). En México, Vega-Vázquez y Rivera-Heredia (2011) identificaron los recursos psicológicos que tienen los niños de 6 a 10 años de edad, los cuales están provistos de recursos tanto internos como externos para responder a las dificultades que pueden surgir en su camino y que los utilizan en función de sus necesidades. Sin embargo, resulta importante ampliar nuestro conocimiento sobre la interacción entre estas variables para conocer el efecto que podrían tener en la salud y el malestar físico, partiendo del supuesto de que hay una serie de características

personales que pueden ser relevantes para enfrentar de manera funcional y adaptativa las circunstancias adversas.

Las habilidades cognitivas de los sujetos son herramientas indispensables para la adaptación. Permiten tener orden en la percepción, se planifica la conducta y se pueden hacer inferencias. Entre las habilidades cognitivas más importantes se encuentra la verbal, que permite la comprensión de conceptos. Del mismo modo, están las habilidades de regulación emocional, como la autoestima, la capacidad para pedir ayuda y contar con una red de apoyo (Cha y Nock, 2009).

La teoría de la conservación de los recursos explica “el estrés a partir de cómo las personas obtienen, conservan, desarrollan y protegen sus recursos, tratando de adaptarse y encajar en los contextos en los que se encuentran, de manera que utilizan los recursos para regularse a sí mismos y a las relaciones sociales que establecen” (Rivera *et al.*, 2013, p. 116).

A partir de lo anterior, los objetivos de este estudio son: 1) obtener indicadores de validez y confiabilidad del inventario de recursos psicológicos de Martínez (2007) que permitan la evaluación de los recursos psicológicos que tienen una muestra de escolares; 2) describir las variables consideradas; 3) conocer la relación entre la resiliencia y los recursos psicológicos; 4) comparar a los niños y las niñas respecto a ambas variables. Esto resulta de especial interés, pues hasta donde sabemos, en México no se dispone de un instrumento psicométricamente adecuado que mida funcionamiento positivo.

MÉTODO

Se realizó un estudio cuantitativo de tipo descriptivo y de corte transversal, con una muestra compuesta por un total de 194 alumnos (72 hombres y 122 mujeres) entre 9 y 12 años de edad ($M = 10.59$, $DS = .69$); en el momento de la investigación se encontraban cursando el 5° y 6° grado de educación básica. Respecto al lugar de residencia refieren ser todos de la ciudad de Toluca, Estado de México, los cuales viven en una comunidad rural, llamada San Felipe del Progreso, en extrema pobreza, según los criterios del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval, 2016) del Estado de México. En esta localidad se reportó que existe 6.1% de la población en pobreza extrema. Los indicadores son seis: rezago educativo,

acceso a los servicios de salud, acceso a la seguridad social, calidad y espacios de vivienda, acceso a los servicios básicos en la vivienda y acceso a la alimentación.

Instrumentos

1. Escala de Resiliencia (González Arratia, 2011), instrumento de autoinforme de 32 ítems y cinco opciones de respuesta tipo Likert (el valor 1 indica nunca y el 5 siempre). Explica el 40.332% de la varianza total y una consistencia interna de Alpha de Cronbach de .9192. Tres dimensiones que son factores protectores internos. Mide habilidades para la solución de problemas (Alfa = .8050; 14.83% de la varianza y con 14 ítems. Factores protectores externos: evalúa la percepción de apoyo de la familia y/o personas significativas para el individuo (Alfa = .7370; con 13.51% y con 11 ítems. Empatía: se refiere al comportamiento altruista y prosocial (Alfa = .7800, explica 11.98% de la varianza con 7 ítems. Del análisis factorial confirmatorio, se comprueba la tridimensionalidad del instrumento de resiliencia (González Arratia y Valdez-Medina, 2012).
2. Evaluación de Recursos Psicológicos (Rivera y Pérez, 2012), compuesta por 64 ítems y evalúa diferentes dimensiones (tabla 1).

Tabla 1. Escala de recursos psicológicos y subescalas

<i>Escala</i>	<i>Subescala</i>	<i>Ítems</i>
Recursos afectivos: se refiere al manejo que tiene la persona de sus emociones	Autocontrol	3,14,15,16,17
	Manejo de la tristeza	1,5,7,8,9
	Manejo del enojo	2,4,10,13,18,51,52,53,54
	Recuperación del equilibrio	6,11,12
Recursos cognitivos: son las percepciones y creencias que tienen las personas ante situaciones que enfrentan en la vida	Reflexión ante los problemas	28,29,30,31,32,33
	Creencias religiosas	34,35,36
	Autorreproches	37,38,39
Recursos instrumentales: es la capacidad para llevar a cabo una conversación y hacer amigos	Optimismo	55,56,57,58
	Habilidades sociales	45,46,47,48,49,50

Continúa...

<i>Escala</i>	<i>Subescala</i>	<i>Ítems</i>
Recursos sociales: es la percepción de los individuos de que cuentan con personas de confianza en quienes pueden solicitar apoyo	Red de apoyo	19,22,25,27
	Incapacidad para buscar apoyo	20,21,23,24,26
	Altruismo	59,60,61,62,63,64
Recursos materiales: son los objetos, condiciones o recursos monetarios que permiten realizar lo que la persona necesita o desea	Recursos materiales	40,41,42,43,44

Fuente: elaboración propia.

Procedimiento

Se solicitó la autorización de la institución, así como el consentimiento informado por parte de los padres; todos los participantes completaron ambas escalas en una sola sesión y en un tiempo aproximado de 45 minutos. Las aplicaciones se realizaron en los salones de clase y en horarios académicos de manera voluntaria y anónima, y siguiendo los estándares éticos que indica la APA.

Resultados

Se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio de la escala de Recursos Psicológicos, con el objetivo de comprobar su validez de constructo para esta muestra, en el que se encontró un $KMO = .80$, $p = .001$, por lo que se decidió continuar con el análisis usando para ello el método de componentes principales y rotación ortogonal de tipo Varimax en el que se extrajeron 7 dimensiones y que explican 37.69 y 35.65% de la varianza total y 28 iteraciones que se corresponden. Los factores son F1 Habilidades sociales, F2 Incapacidad para buscar apoyo, F3 Recuperación del equilibrio, F4 Reflexión, F5 Creencias, F6 Altruismo y F7 Red de apoyo. Respecto a la confiabilidad se utilizó Alfa de Cronbach en la que se obtuvo un coeficiente total de 0.816.

Posteriormente, y a partir del puntaje total de la escala de resiliencia, se llevó a cabo un punto de corte en el puntaje total de la escala, el cual se obtuvo a partir de la Media \pm 1DS, con lo cual se clasificaron en dos grupos, considerados como grupo bajo

resiliente (N = 78 Media = 114.92, DS = 15.48) y alto resiliente (N = 115, Media = 144.21, DS = 7.52). A partir de este criterio, se llevó a cabo un análisis de diferencias con la prueba *t* de Student, en el que se encontró que los niños resilientes muestran en mayor medida recursos cognitivos ($t = -4.27$, $p = .001$, Media grupo baja resiliencia = 43.26, DE = 7.44, Media grupo alta resiliencia = 47.86, DE = 7.14), y sociales ($t = -2.69$, $p = .001$, Media grupo baja resiliencia = 42.14, DE = 6.35; Media grupo alta resiliencia = 44.53 DE = 5.53). Respecto a los recursos afectivos, no hay diferencias significativas. En cuanto a cada una de las subescalas, se encontraron diferencias significativas en todas las dimensiones (tabla 2).

Tabla 2. Diferencias entre grupo de alta y baja resiliencia para cada subescala de recursos psicológicos prueba *t* de Student

<i>Escala</i>	<i>Subescala</i>	<i>M</i> <i>grupo baja</i> <i>resiliencia</i>	<i>DE</i>	<i>M</i> <i>grupo alta</i> <i>resiliencia</i>	<i>DE</i>	<i>t</i>
Recursos afectivos	Autocontrol	13.58	2.55	16.53	2.20	-8.31**
	Manejo de la tristeza	13.47	3.47	11.51	3.64	3.77**
	Manejo del enojo	12.01	2.89	9.60	2.76	5.76**
	Recuperación del equilibrio	7.83	2.58	9.33	1.92	-4.35**
Recursos cognitivos	Reflexión ante los problemas	17.08	3.74	20.04	3.16	5.72**
	Creencias religiosas	7.19	2.41	8.00	3.18	2.00*
	Autorreproches	7.80	2.13	6.50	2.61	3.79**
	Optimismo	11.17	2.58	13.31	2.35	-5.82**
Recursos instrumentales	Habilidades sociales	18.05	3.55	20.91	3.19	5.71**
Recursos sociales	Red de apoyo	12.19	2.75	13.38	2.65	-2.99**
	Incapacidad para buscar apoyo	12.00	3.51	10.57	3.73	2.69**
	Altruismo	17.94	3.66	20.57	3.16	-5.15**
Recursos materiales	Recursos materiales	13.73	2.87	15.85	4.90	-3.77**

Fuente: elaboración propia.

Por sexo, del análisis con la prueba *t* de Student se encontró que los niños presentan en mayor medida factores protectores internos de resiliencia ($t = 2.04$, $p = .043$,

Media hombres = 4.27, Media mujeres = 4.09). Respecto a las subescalas de recursos psicológicos, se encontraron diferencias en autocontrol y red de apoyo a favor de las niñas, mientras que se obtuvieron promedios más altos en autorreproches, e incapacidad para buscar apoyo en los niños. En el resto de las dimensiones no se obtuvieron diferencias significativas (tabla 3).

Tabla 3. Diferencias entre grupo de alta y baja resiliencia para cada subescala de recursos psicológicos prueba t de Student

<i>Escala</i>	<i>Subescala</i>	<i>M</i> <i>Niños</i>	<i>DE</i>	<i>M</i> <i>Niñas</i>	<i>DE</i>	<i>t</i>
Recursos afectivos	Autocontrol	15.83	2.26	15.05	2.98	2.00*
Recursos cognitivos	Autorreproches	7.63	2.50	6.68	2.45	2.56*
Recursos sociales	Red de apoyo	12.23	2.74	13.26	2.68	2.57*
	Incapacidad para buscar apoyo	12.15	3.61	10.50	3.61	3.23**

Fuente: elaboración propia.

Del análisis de correlación de Pearson, se encontró relación positiva y estadísticamente significativa entre el puntaje total de resiliencia con las escalas generales de recursos psicológicos, en el que se encontró que a mayor resiliencia mayores recursos cognitivos ($r = .45, p = .001$), recursos sociales ($r = .29, p = .05$) y una relación positiva baja entre resiliencia y recursos materiales ($r = .18, p = .05$). No se reporta relación con los recursos afectivos.

Discusión

Los resultados muestran que la escala de recursos psicológicos de Rivera *et al.* (2012) cuenta con propiedades psicométricas satisfactorias para su uso en muestras de niños mexicanos. No obstante, es conveniente continuar analizando su uso y aplicación a fin de que pueda ajustarse con más precisión al criterio de recursos psicológicos en nuestra cultura y coincida con las descripciones realizadas en los apartados teóricos.

Este estudio evaluó la resiliencia y su asociación con los recursos psicológicos (afectivos, cognitivos, sociales y materiales). Los resultados obtenidos indican que

existe relación entre las variables evaluadas; es decir, que a mayor resiliencia los individuos poseen más recursos psicológicos para enfrentar dificultades, lo cual hace suponer que una persona dispone de numerosos recursos, pero sobre todo que tiene la habilidad para aplicarlos frente a las demandas del entorno. Adicionalmente, el hecho de conocer los recursos psicológicos con los que cuentan los participantes de este estudio, puede ser útil para potencializar aquellos más vinculados con la resiliencia. Si bien, la magnitud de la relación entre resiliencia y recursos psicológicos es variada, nos proporciona información sobre aquellos recursos que pueden fungir como factores de protección ante la adversidad. En este caso, son particularmente los recursos cognitivos los más vinculados a la resiliencia; sin embargo, es indispensable continuar analizando la relación entre las variables.

Según las características de la muestra, existen diferencias significativas en la variable sexo en resiliencia (factor protector interno) de las niñas. Lo que sugiere que ellas mostraron mayor capacidad en la solución de problemas.

La dimensionalidad de los recursos psicológicos muestra siete factores de la escala aplicada en este estudio, que permiten el diseño de actividades de intervención, por lo que se deben establecer líneas de investigación que ayuden a comprender mejor el constructo recursos psicológicos y profundizar en sus componentes.

Es importante reconocer que la pobreza impone una adversidad sobre todo en la infancia; frente a estos escenarios, es indispensable llevar acciones en diferentes niveles en pro de la salud mental de los niños y niñas, para lo cual será necesario implementar estrategias macrosociales y desde múltiples sectores: salud, educación, desarrollo social, empleo, entre otras. Desde la psicología, sería necesario el desarrollo de habilidades para la vida, así como el fortalecimiento de estilos de afrontamiento y apoyo familiar y social, para contrarrestar los efectos de esta condición de riesgo, por lo que estos datos pueden contribuir para implementar acciones dirigidas a niños en ambientes de riesgo psicosocial.

REFERENCIAS

- Cha, C. B., y Nock, M. K. (2009). Emotional intelligence is a protective factor for suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(4), 422-430, <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181984f44>

- Coneval (2016). *Medición de la pobreza*. México. Coneval. Recuperado de https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza_2016.aspx
- Herrman, H. *et al.* (2011). What is resilience? *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(5), 258-265.
- González Arratia L.F., N.I. (2011). *Resiliencia y personalidad en niños y adolescentes. Cómo desarrollarse en tiempos de crisis*. Toluca: Universidad Autónoma del Estado de México.
- González Arratia L.F., N.I. y Valdez-Medina, J.L. (2012). Análisis factorial confirmatorio del cuestionario de resiliencia en una muestra de niños. En Díaz Loving, R.; Rivera, A.S. y Reyes Lagunes, I. (2012). *La psicología social en México*. Vol. XIV, 676-681.
- Grotberg, E. (2006). *La resiliencia en el mundo de hoy*. España: Gedisa.
- Jerusalem, M. y Schwarzer, R. (1989). Anxiety and self-concept as antecedents of stress and coping. *Personality and Individual Differences*, 11, 53-63.
- Martínez, de S. B.A. (2007). *Desarrollo y validación de un instrumento para la evaluación de los recursos psicológicos: Inventario de recursos psicológicos-77 ítems IRP-77*. Tesis de doctorado no publicada. Universidad Autónoma de Madrid.
- Rivera, M.E. y Pérez, M.L. (2012). Evaluación de los recursos psicológicos. *Uaricha Revista de Psicología* (Nueva Época), 9(19), 1-19.
- Rivera-Heredia, M.E., Martínez-Servín, L.G. y Obregón-Velasco, N. (2013). Factores asociados con la sintomatología depresiva en adolescentes michoacanos: el papel de la migración familiar y los recursos individuales, familiares y sociales. *Salud Ment* [online], 36(2), pp.109-113.
- Sheldon, K.M. y King, L. (2001). Why positive psychology is necessary. *American Psychologist*, 56(3), 216-217.
- Snyder, C.R. y Lopez, S.J. (2002) *Handbook of Positive Psychology*. New York: Oxford University Press.

ADOLESCENCIA, FACTORES DE RIESGO Y FACTORES DE PROTECCIÓN PARA LA RESILIENCIA

Norma Ivonne González Arratia López Fuentes

INTRODUCCIÓN

El concepto de riesgo ha sido estudiado en el área de la salud y de la clínica, sobre todo en el dominio de las enfermedades, con el fin de detectar a aquellos individuos que tienen mayor probabilidad de padecer daños específicos (enfermedades cardiovasculares, obstétricas, neonatales, patología oncológica, entre otras).

Desde esta perspectiva y con el interés de atender la salud específicamente del adolescente, se reconocen básicamente dos campos en el enfoque de riesgo; por un lado, la salud reproductiva y el riesgo durante el embarazo y riesgo perinatal. Por el otro, el riesgo en el uso y abuso de drogas, alcohol, tabaco, etc., que se asocian con la salud mental (Donas, 1999). Así, la investigación en el área ha contribuido a la implementación de acciones en la salud pública, tanto a nivel individual como grupal, en la familia y comunidades.

Desde la psicología, igualmente ha existido mayor atención en el trauma y el sufrimiento, lo que ha generado que exista mayor investigación sobre los trastornos mentales y sus efectos concomitantes.

Actualmente, el estudio de las conductas de riesgo en adolescentes ha adquirido relevancia, debido a su incremento, pues los jóvenes cada vez se involucran más en comportamientos riesgosos, como actos delincuenciales, experimentación con drogas, deserción escolar, embarazos no deseados, manifestaciones de violencia y pandillaje (Peñaherrera, 1998). Por esta razón, las conductas de riesgo adolescente y sus consecuencias son una preocupación creciente en todos los ámbitos: educativo, salud, social y familiar (González Arratia, 2011). Por ello, Krauskopf (1995a) refiere que durante la adolescencia, la exploración, los desórdenes emocionales y los comportamientos generadores de riesgo pueden comprometer la salud, el proyecto de vida y la supervivencia propia y de otros.

Además, desde el modelo biomédico tradicional, los indicadores de salud-enfermedad durante la adolescencia son respecto a la mortalidad y morbilidad; sin embargo, al parecer no es suficiente para la explicación de la problemática de los jóvenes. De ahí que su análisis debe ser desde otro punto de vista, lo que implica también tomar en cuenta diferentes estrategias. Por consiguiente, en años recientes se ha ampliado la mirada, no sólo de la enfermedad y la patología, sino que también se ha ocupado por un modelo en el que se incluye la prevención y promoción de la salud mental (Kalawski y Haz, 2003).

Desde este nuevo paradigma, se destaca el estudio de la resiliencia desde los aspectos positivos y no de déficit; asimismo, propone centrarse no tanto en el estudio de las causas de las enfermedades, sino en la fortaleza ante situaciones de riesgo (González Arratia, 2011).

Este capítulo tiene como objetivo abordar no sólo los factores de riesgo y daños subsecuentes, sino también los de protección, pues algunos adolescentes expuestos a condiciones adversas no necesariamente llegan a presentar comportamientos de riesgo; es decir, se les puede considerar como resilientes. A continuación, se exponen algunas experiencias investigativas respecto a este tema.

ALGUNAS CONSIDERACIONES DE LA ADOLESCENCIA

Para iniciar, el término adolescencia proviene del latín *adolescentem*, que significa empiezo a crecer, edad en la que todavía se crece entre la pubertad y la juventud. Ésta es considerada como un periodo de pasaje a otro momento del desarrollo, pero no por ello exenta de características propias. Tradicionalmente se le ha definido como sujetos carentes de madurez social e inexpertos y, por tanto, la fase que atraviesan debe ser un periodo preparatorio para el futuro. Además, es un lapso marcado por un proceso complejo orientado al logro de la identidad. Esta postura de que hay una crisis juvenil, ha sido reiterada en varios estudios; Bloss (1962, citado por Munist *et al.*, 2007), por ejemplo, señala que la adolescencia es un período óptimo para el desarrollo pleno de la personalidad. Munist *et al.* (2007) refieren que esta etapa es un periodo del ciclo vital durante el cual los individuos toman una nueva dirección en su desarrollo, que se distingue por elaborar su propia identidad, con sentido de vida, sentido de pertenencia, con responsabilidad social y establecimiento de metas.

Los cambios biológicos, sociales y psicológicos llevan a una segunda individuación que moviliza procesos de exploración personal y social. Los jóvenes son considerados capital humano para el cambio; de esta manera, se fortalece el paradigma positivo de la adolescencia (Cardozo, 2005).

La perspectiva del Desarrollo Positivo del Adolescente (PYD por sus siglas en inglés) es relativamente nueva, la cual se centra de manera particular en las fortalezas y en los procesos positivos en la adolescencia. Considera seis tipos de competencia: física o en salud, cognitiva, social, emocional, moral-espiritual y conductual (Lerner, 2005).

Al mismo tiempo se debe considerar que aproximarse al comportamiento de riesgo durante la adolescencia es complejo, pues muchos de esos riesgos son funcionales y dirigidos a metas y son propios del desarrollo normal en esta etapa de la vida (Jessor, 1991).

Este último aspecto lleva a hacer énfasis en lo que mencionan Cardozo y Alderete (2009), en el sentido de que en este momento del ciclo vital es cuando más se presentan diferentes formas de exposición a la adversidad, lo que hace indispensable fomentar habilidades sociales, cognitivas y emocionales que permitan al adolescente enfrentar de manera exitosa los desafíos que se les presentan.

Por otro lado, la adolescencia es una etapa donde hay retos y obstáculos significativos y en la que “los adolescentes perciben que no pueden enfrentar sus problemas de forma eficaz, su comportamiento tiene efectos negativos no sólo en su propia vida sino también en el funcionamiento de sus familias y de la sociedad” (Vinnacia, Quiceno y Moreno, 2007, p. 140). De ahí que es necesario conocer la forma en que percibe las situaciones, los estilos de enfrentamiento que suele utilizar y su asociación con otros factores que pueden ser determinantes en su calidad de vida.

La mayoría de las investigaciones sobre resiliencia en adolescentes, la han considerado como posible protector de las consecuencias negativas tanto físicas como psicológicas de las enfermedades, por lo que es necesario su estudio especialmente en la etapa juvenil, dados los diversos factores de riesgo a los que están expuestos; a continuación se revisan tanto los factores de riesgo como los de protección.

Factores de riesgo

Un factor de riesgo es cualquier característica o cualidad de una persona o comunidad que se sabe va unida a una elevada probabilidad de dañar la salud; también son considerados como variables que pueden afectar de forma negativa el desarrollo de las personas. También se refiere a “la presencia de situaciones contextuales o personales que al estar presentes, incrementan la probabilidad de desarrollar problemas emocionales, conductuales o de salud” (Hein, 2004, p. 2).

Jessor (1993) y Pandina (1996) indican que el riesgo significa la probabilidad de que surja un acontecimiento indeseado que afecte la salud de un individuo o grupo social. La idea central del enfoque descansa en el hecho de que el riesgo implica la necesidad de atención de la salud. El concepto de riesgo, sobre todo en el periodo juvenil, destaca por la posibilidad de que las conductas o situaciones específicas pueden conducir a daños en el desarrollo y afectar tanto al conjunto de potencialidades como deteriorar el bienestar psicológico y salud mental del adolescente (Weinstein, 1992; Córdoba, 2006).

“El enfoque de riesgo asume que a mayor conocimiento sobre los eventos negativos, mayor probabilidad de actuar sobre ellos con anticipación para evitarlos, cambiando las condiciones que exponen a un individuo o un grupo a adquirir la enfermedad o el daño” (Krauskopf, 1995b, p. 3).

Los riesgos se pueden dividir en:

1. Individuales: desventajas de constitución, complicaciones perinatales, desequilibrio neurológico, incapacidad sensorial, atrasos en las habilidades del desarrollo, dificultades emocionales como apatía, inmadurez, baja autoestima, mal manejo de emociones, problemas escolares, bajo rendimiento, abandono de la escuela, etcétera.
2. Familiares y sociales: nivel socioeconómico, enfermedad mental y/o abuso de sustancias en la familia, desorganización y conflictos familiares, como divorcio, rechazo de los padres, abandono, maltrato y/o abuso infantil, etcétera.
3. Del medio: poco apoyo emocional y social, disponibilidad de alcohol, drogas, armas de fuego en la escuela o comunidad, condiciones de la comunidad como pobreza, desempleo, injusticia social, pandillerismo, etcétera (Aguirre, 2004).

Por otro lado, Jessor (1991) señala que se requiere analizar los comportamientos de riesgo para entender el comportamiento adolescente y que se haga desde la teoría epidemiológica, tomando en cuenta aspectos psicosociales; es decir, que las causas de las enfermedades se deben buscar en el entorno social ligado a momentos específicos del ciclo vital.

El modelo de este autor agrupa cuatro dominios explicativos mayores o fuentes de variantes: 1) el entorno social, como pobreza, anomia, desigualdad de oportunidades, etc.; 2) percepción del entorno, conflicto de normas de familias; 3) personalidad, como baja autoestima; 4) comportamiento, como alcoholismo, drogadicción, y también se agrega un quinto dominio denominado biología/genética, historia familiar. Estos dominios se encuentran interconectados y son una especie de telaraña causal, concepto que alude a la necesidad de rastrear en una variedad de elementos psicosociales la aparición de ciertas manifestaciones comportamentales (Jessor, 1991).

Según los estudios clásicos de Kagan (1991), es posible distinguir cinco tipos de adolescentes que, en razón a características del entorno familiar y psicológico, presentan mayores o menores posibilidades de desarrollar comportamientos de riesgo.

Tipo I. El tipo más frecuente de adolescente con estatus de riesgo es aquel que ha experimentado una historia de fracaso escolar crónica. Esta situación genera sentimientos de desesperanza respecto de sus potencialidades y oportunidades de éxito en cualquier actividad que desee emprender, aun a pesar de tener una historia familiar que promueva normas y valores de comunidad respecto a la agresión, la sexualidad y consumo de drogas.

Tipo II. Una segunda categoría serían los adolescentes que crecen en ambientes familiares que promueven malestar, ansiedad, debido a la indiferencia, el abuso, la negligencia o la identificación con padres percibidos como incompetentes, injustos, crueles o que tienen alguna cualidad que el joven percibe como indeseable.

Tipo III. Es el grupo especialmente vulnerable a los valores y a la persuasión de los pares. Estas personas parecen no tener un desempeño adecuado en la escuela; sin embargo, experimentan un fuerte deseo de ser aceptados por su grupo de pares.

Tipo IV. Un número menor de adolescentes ha adquirido el deseo de probar que no tiene temor al riesgo y que puede dar la cara al peligro, pues encuentran

excitante llevar a cabo conductas de riesgo, como el robo, consumo de drogas o sexo sin protección.

Tipo V. Ocurre típicamente en ambientes urbanos donde las familias y los grupos comunican que el robo, el embarazo o el uso de drogas son conductas aceptadas que no violan los estándares culturales de la comunidad.

Factores de protección

Otro punto importante a tratar en este capítulo se refiere al concepto de factor protector, el cual se entiende como “las condiciones o los entornos capaces de favorecer el desarrollo de individuos o grupos y en muchos casos, de reducir los efectos de circunstancias desfavorables” (Rutter, 1985, en Kotliarenco, Cáceres y Fontecilla, 1996; González Arratia, 2011, p. 35).

En este mismo sentido, los factores de protección pueden atenuar el impacto del efecto de un factor de riesgo. Además, son fundamentales para entender por qué algunos individuos, a pesar de estar expuestos a condiciones adversas, no necesariamente llegan a desarrollar comportamientos de riesgo, y si lo hacen, es por un momento breve.

Es importante destacar que la situación puede ser de alto riesgo en un momento del ciclo vital y dejar de serlo en otro periodo. Esto se debe a que logros del desarrollo personal como la adquisición de capacidades biológicas, psicológicas y recursos sociales, influirán tanto como las condiciones en el entorno, de acuerdo con el grado en que sean protectoras o de riesgo (Córdova, 2006).

Se puede distinguir entre factores externos e internos. Los primeros se refieren a condiciones que actúan reduciendo la probabilidad de daños y los segundos, a atributos de la propia persona como la personalidad, autoestima, asertividad, entre otros.

Werner y Smith (1982) y Garmezy (1990, en Kotliarenco, Cáceres y Fontecilla, 1996) destacan factores de protección que propician la resiliencia, los cuales se pueden dividir en dos grandes factores:

1. Factores internos: características de disposición o temperamento, inteligencia, sentido del humor, empatía y locus de control interno.
2. Factores externos: cohesión familiar y calidez con la que el niño es valorado, protegido y amado al menos por uno de sus padres.

Resiliencia en el adolescente

Para iniciar se debe decir que resiliencia es un concepto difícil de definir, pues es una castellanización de la palabra inglesa *resilience o resiliency*, cuyo origen proviene de la física, específicamente de la ingeniería, y es entendida como la cualidad de los materiales que es contraria a la fragilidad; es decir, que se caracteriza por su resistencia a los choques. A mayor resistencia, menor fragilidad (*Enciclopedia Universal Española*, 2000).

En física, resistencia es la acción de un cuerpo contra una fuerza opuesta. Viene del verbo *resilio* que significa saltar hacia atrás, rebotar, repercutir. En psicología, es la reacción de un organismo a la estimulación en que la dirección del movimiento o actividad es opuesta a la dirección de la fuerza aplicada.

El primer artículo publicado sobre resiliencia fue de Scoville en 1942, y la autora utilizó el término para referirse al hecho de que situaciones peligrosas para la vida no afectaban a los niños, mientras que sí lo hacía el desarraigo de la familia. Sin embargo, no fue hasta la década de los setenta, que el término adquirió mayor uso; pero los investigadores no utilizaban el término resiliencia, sino que se refirieron a esta cualidad describiendo a dichos niños como invulnerables.

Así, el concepto de invulnerabilidad pronto perdió vigencia, como lo explica Rutter (1993); las razones son: la invulnerabilidad implica una resistencia absoluta al daño, sugiere que la característica se aplica a todas las circunstancias de riesgo, implica una característica intrínseca del sujeto y sugiere una característica estable en el tiempo. Así se prefirió el concepto de resiliencia.

Se pueden encontrar palabras que se asocian a la resiliencia, entre las que se encuentran: afrontamiento positivo, persistencia, adaptación, ajuste, resistencia, recuperación, superación, capacidad de autoayuda, aceptación social, éxito a pesar de circunstancias adversas, dificultades, eventos de vida estresantes y baja susceptibilidad a futuros estresores, y personalidad resistente (Melillo y Suárez, 2003). Del mismo modo, se ha clasificado como: proceso, capacidad, crecimiento, enfrentamiento y habilidad.

Las definiciones que convergen en cuanto a proceso son la de Richardson *et al.* (1990), quienes indican que resiliencia es el proceso de lidiar con acontecimientos vitales disociadores, estresantes o amenazadores, de modo que proporciona al individuo destrezas protectoras y defensivas adicionales a las previas a la disociación resultante del acontecimiento. La resiliencia es un proceso que no elimina los riesgos

y las condiciones adversas de vida, sino que permite al individuo manejarlos de modo efectivo (Rutter, 1987). Otras definiciones distinguen la resiliencia destacando el crecimiento personal; Higgins (1994) se refiere al proceso de autoencausarse y crecer. Por otro lado, se encuentran las definiciones que hacen alusión a que la resiliencia es una capacidad, como Rirkin y Hoopman (1991, en Henderson y Milstein, 2003), quienes explican que es la capacidad de recuperarse, sobreponerse y adaptarse con éxito frente a la adversidad y de desarrollar competencia social, académica y vocacional pese a estar expuesto a un estrés grave o simplemente a las tensiones inherentes al mundo de hoy. Por su parte, Mangham *et al.* (1995) señalan que es la habilidad individual para controlar de manera significativa la adversidad o el estrés, de manera que no sólo sea efectiva, sino que pueda resultar en un incremento de habilidades para responder adversidades futuras.

Recientemente se ha conceptualizado como un proceso dinámico que involucra la interacción entre los procesos de riesgo y protección, internos-externos del individuo, que se ponen en juego para modificar los efectos de los sucesos adversos de vida. De esta forma, se necesitaba construir una definición propia de resiliencia, eje central de la investigación, por lo que se entiende que es el resultado de la combinación y/o interacción entre los atributos del individuo (internos) y su ambiente familiar, social y cultural (externos) para superar el riesgo y la adversidad de forma constructiva (González Arratia, 2007).

Según Kalawski y Haz (2003), el término resiliencia puede denotar dos cosas distintas a la vez:

1. La relación entre los factores de riesgo y la salud subsiguiente.
2. Las variables que moderan el efecto de los factores de riesgo, con lo cual se hablaría de las dimensiones de la resiliencia (autoestima, redes sociales, etc.).

De esta forma, se propone usar el término en una sola de sus acepciones y, en este caso, para ampliar la primera acepción, es importante mencionar que al asumir la complejidad multicausal de la enfermedad, o de algún trastorno, se estima conveniente abordarla desde un modelo teórico; en este caso se ha utilizado el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979), en combinación con el modelo de Jessor (1993). La elección de estos modelos obedece a que es posible, a partir de la postura de la autora, entender la relación entre los factores de riesgo a los que están expuestos los

adolescentes y los factores de protección con los que cuentan, a fin de explicar la resiliencia (González Arratia, 2011). Así, se parte del supuesto de que la interacción de factores individuales de diversa índole, junto con las condiciones socioculturales y el ecosistema, conforman un complejo entramado de influencias relacionado con la génesis de la resiliencia.

Al respecto, se reconoce que la adopción del enfoque psicoecológico tiene precedentes de aplicación en los estudios de resiliencia con Luthar (1993), Masten *et al.* (1992), Kaplan (1999) y Benard (1999) que la consideran como un proceso dinámico donde las influencias del ambiente y del individuo interactúan en una relación recíproca entre ambos.

Una vez apuntado lo anterior, y pasando ahora a la segunda acepción respecto a las variables que median el efecto de los factores de riesgo, en las investigaciones que se han realizado, se consideran factores protectores internos a distintas variables de personalidad, entre las que destacan: autoestima, locus de control, estilos de enfrentamiento, personalidad resistente, fortalezas personales, optimismo, felicidad, cinco factores de personalidad, sentido de coherencia, inteligencias múltiples, religiosidad-espiritual, entre otras; que en combinación propician las características de los individuos resilientes. Sin embargo, se requiere también de factores protectores externos interesándose en especial en la familia y vínculo parental, la cual ha sido citada como un factor importante para el desarrollo de la resiliencia (Walsh, 2004), así como la inclusión de los escenarios vitales como el contexto escolar y la comunidad.

De esta última, es conveniente aclarar acerca de la acción protectora o bien de riesgo (familia y escuela) de estas variables, ya que se ha visto que pueden ser factores de protección, tanto para disminuir el consumo de drogas como para otras conductas desadaptadas en los adolescentes. Es decir, que los niños y adolescentes con perfiles resilientes son aquellos que a pesar de estar expuestos a diversas circunstancias de riesgo o experimentar situaciones estresantes, son capaces de enfrentarlo y desarrollarse de manera positiva, de acuerdo con el contexto. Pero al mismo tiempo es posible que se actúe en relación inversa; esto es, que algunos factores familiares pueden contribuir en la presencia de un daño o enfermedad.

A nivel psicológico, durante la adolescencia pueden presentarse factores productores de estrés, que no necesariamente producen daño o patología en el adolescente, pero en una innecesaria patologización de las crisis de esta etapa, podrán representar un periodo crítico; es decir, crisis como cambio adaptativo. Por ello, es

relevante la investigación sobre resiliencia en la adolescencia en nuestro contexto sociocultural.

Un estudio llevado a cabo en la Facultad de Ciencias de la Conducta tuvo por objetivo determinar la asociación de la resiliencia y una serie de factores protectores (autoestima, locus de control, estilos de enfrentamiento a los problemas y relaciones intrafamiliares) en un grupo de adolescentes varones en situación de riesgo, aplicando la escala de resiliencia para niños y adolescentes (González Arratia, 2011). La situación de riesgo a la que nos referimos es que están en situación de calle; es decir, aquellos que estaban sin hogar y que ya no cuentan con ningún tipo de vínculo con la familia de origen; comen, duermen, juegan, trabajan y hacen de la calle su espacio de vida. El otro grupo de riesgo estuvo integrado por adolescentes que actualmente están en una institución de readaptación para menores en la ciudad de Toluca, Estado de México, y cuyo ingreso fue debido a delitos considerados graves; a la fecha se encuentran sentenciados por violación y homicidio. En esta investigación, se encontró que los adolescentes que mostraron un nivel bajo de resiliencia, presentaron mayor devaluación a nivel social y requieren de cubrir mayores expectativas sociales, muestran más aspectos negativos en su autoestima e inseguridad; mientras que quienes puntuaron con una alta resiliencia, se caracterizaron por poseer en mayor medida factores protectores, como la unión y expresión (relaciones intrafamiliares), así como locus de control interno. Por consiguiente, estos resultados llevan a concluir que algunos adolescentes cuentan con varias de las características que se mencionan en el perfil de las personas resilientes.

Otra investigación identificó características de resiliencia en adolescentes en condición de riesgo, considerado como el embarazo precoz. Si bien, los estudios indican que la variable edad, aunque es muy importante, no es el principal factor de riesgo para embarazos adolescentes, se considera que tiene gran influencia el conjunto de circunstancias económicas, afectivas, familiares y culturales (Benatuil, 2001). Por lo que es importante señalar que las variables que determinan o influyen en el embarazo adolescente no operan de forma aislada, sino que es una combinación e interacción entre varios factores, lo que explicaría la tendencia de incremento en embarazos adolescentes en algunos sectores sociales; Stem (2004) lo denomina como vulnerabilidad social, relacionada con la pobreza observada particularmente en México. Entre los principales resultados se encontró que 50% de los casos presentó un nivel bajo de resiliencia, 21% resiliencia moderada y el

resto que representan 29%, en el nivel de alta resiliencia. Estos hallazgos sugieren que la mayoría de estas adolescentes tienen indicios de mayor vulnerabilidad ante la situación concreta que es la maternidad, por lo que es necesario identificar a estas jóvenes, pues se encuentran en situación de riesgo, y que si no es atendido conlleva una serie de implicaciones sociales transmitidas de la madre al nuevo hijo(a) y reproducidas por ellos(as).

Una tercera investigación con adolescentes tuvo por objetivo determinar el grado de relación entre resiliencia y una variable que es la felicidad autorreportada en adolescentes después de vivenciar tanto hechos positivos como negativos del pasado reciente. Lo anterior es porque se ha descrito que un proceso sociocognitivo vinculado al aumento de la felicidad, es el crecimiento personal provocado por hechos de cambio vital importantes, aunque sean negativos. Así, se ha encontrado que después de vivir experiencias de este tipo, la mayoría de las personas encuentran aspectos positivos en ellas (Páez, Bilbao y Javalý, 2008). En términos globales, se encontró que hay relación entre resiliencia y felicidad; de manera específica, a mayor factor protector interno, mayor satisfacción y alegría de vivir. El factor protector externo se asocia positivamente con satisfacción y alegría de vivir. Empatía se asocia de igual forma y el puntaje total de resiliencia presentó correlación positiva con felicidad significativa, moderada. Además,

[...] los datos analizados sugieren que los individuos con baja resiliencia presentan muy baja felicidad. Se observó un efecto interesante que muestra que, cuando los hechos negativos hacen que se pierda la confianza en la gente y la persona se siente desmoralizada, hay menor resiliencia. Respecto a los hechos positivos, la respuesta de sentirse capaz se asocia con mayor resiliencia (González Arratia, Valdez-Medina, y González, 2011, p. 1336).

DISCUSIÓN

Los estudios sobre resiliencia han permitido cambiar la forma de entender el comportamiento y desarrollo humano, debido a que considera otra perspectiva dado que los individuos que poseen más habilidades para resistir ante situaciones extraordinarias, difíciles y/o traumas, se ha observado que tienen una ventaja

significativa frente a quienes se sienten desamparados o reaccionan como víctimas (González Arratia, Valdez-Medina y González, 2011).

Ante la interrogante, a pesar de que los adolescentes estén inmersos en ambientes de riesgo ¿cómo es posible que posean características de resiliencia? Se procedió a investigar en diferentes contextos de riesgo. La mayoría de los adolescentes de distintos grupos estudiados, presentan características de alta resiliencia caracterizada por poseer factores protectores internos (habilidades para la solución de problemas), factores protectores externos (cuentan con apoyo social como la familia y/o grupo de iguales) y empatía (habilidad para comprender la situación del otro).

También se encontró que algunos adolescentes muestran baja resiliencia con un marcado pesimismo, mayor uso de un estilo de enfrentamiento a los problemas de tipo emocional negativo, escasa percepción de autoconfianza, baja autoestima e importantes niveles de locus de control externo, y casi la mitad presentó bajo nivel de felicidad en el momento de recolección de los datos. Asimismo, se encontró que no todos cuentan con apoyo de la familia para superar alguna situación adversa. Por ello, todas estas características hacen que estos adolescentes sean más vulnerables a factores de riesgo a los que están expuestos.

Este panorama que resulta preocupante en cualquier grupo de jóvenes de nuestro país, adquiere particular relevancia debido a que ahora nos plantean la necesidad de profundizar estos estudios, pero sobre todo, de dar apoyo y atención a los adolescentes para el desarrollo de la resiliencia.

Los factores de riesgo y de protección en la adolescencia son relaciones complejas que requieren ser analizadas como un continuo, en donde forman parte lo biológico, psicológico, cognitivo, social y cultural. Es decir, es importante considerarlos en conjunto, no sólo de manera aislada; esto implica un trabajo multidisciplinario en pro del bienestar de los adolescentes.

Además, la investigación en la resiliencia hasta ahora ha permitido constatar que los factores internos relativos a la personalidad caracterizan a los individuos resilientes, lo cual ha sido un avance significativo y esto abre la posibilidad de incorporarla como un factor protector de la salud para enfrentar situaciones adversas.

Lo anterior será posible puesto que afortunadamente en las últimas fechas somos testigos de un cambio en la conceptualización de la salud, así como de la enfermedad; la adopción de modelos biopsicosociales dan lugar a una nueva perspectiva del ser humano más holística, en donde el individuo es visto como un todo, como una síntesis

compleja de múltiples dimensiones (física, afectiva, cognitiva, comportamental y sociocultural) que se refleja en la salud y enfermedad.

Finalmente, se requiere realizar investigación aplicada en el área de la intervención. Por lo que ahora, este objetivo que por supuesto compete a los científicos, también debe dirigirse hacia la promoción de la salud, con nuevos estudios y estrategias para lograrlo.

REFERENCIAS

- Aguirre, G.A. (2004). *Capacidad y factores asociados a la resiliencia en adolescentes del C.E. Mariscal Andrés Bvelino Cáceres, Sector IV de Pamplona Alta, San Juan de Miraflores 2002*. (Tesis no publicada de Licenciatura en Enfermería). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú.
- Benard, B. (1999). Applications of resilience: Possibilities and promise. En M. Glantz y J. Johnson (d.). *Resilience and development: Positive Life Adaptation*, 269-277. New York: Plenum.
- Benatuil, D. (2001). Paternidad adolescente ¿factor de riesgo o de resiliencia? *Psicodebate Psicología, cultura y sociedad*, 5, 11-26.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: experiments by nature and design*, Cambridge: *Harvard University Press*.
- Cardozo, G. (2005). *Adolescencia. Promoción de salud y resiliencia*. Argentina: Editorial Brujas.
- Cardozo, G. y Alderete, A.M. (2009). *Adolescentes en riesgo psicosocial y resiliencia. Psicología desde el Caribe*. 23, 148-182. Universidad del Norte de Colombia.
- Córdova, A.A. (2006). *Características de resiliencia en jóvenes usuarios y no usuarios de drogas*. Tesis de Doctorado en Psicología. México: UNAM.
- Donas, B.S. (1999). Protección, riesgo y vulnerabilidad. *Adolescencia Latinoamericana*, 1(4), 222-230.
- Enciclopedia Universal Española (2000). *Enciclopedia Libre Universal en Español*. Recuperado de http://enciclopedia.us.es/index.php/Enciclopedia_Libre_Universal_en_Espa%C3%B1ol
- González-Arratia L.F., N.I. (2011). *Resiliencia y personalidad en niños y adolescentes. Cómo desarrollarse en tiempos de crisis*. México: 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 de doctorado no publicada). Universidad Iberoamericana.

- González-Arratia L.F., N.I., Valdez-Medina, J.L. y González, E.S. (2011). Investigación en resiliencia ¿Qué hemos aprendido? En Moral de la R.J., Valdez-Medina, J.L. y González Arratia L.F., N.I. (2011). *Psicología y Salud*. Cap.5, 157-172. Consorcio de Universidades Mexicanas.
- González-Arratia L.F., N.I., Valdez-Medina, J.L. y González, E.S. (2011). Hechos negativos-positivos, resiliencia y felicidad en adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*. Número especial. Memoria in extenso.
- Hein, A. (2004). *Factores de riesgo y delincuencia juvenil*. Revisión de la literatura nacional e internacional. Fundación Paz Ciudadana.
- Henderson, N. y Milstein, M.M. (2003). *Resiliencia en la escuela*, México: Paidós.
- Higgins, G.O. (1994). *Resilient Adults: overcoming a Cruel past*. San Francisco, Jossey-Bass.
- Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescence Health*, 12, 597-605.
- Jessor, R. (1993). Successful adolescent development among youth in high-risk settings. *The American Psychologist Association*, 48(2), 117-126.
- Kagan, J. (1991). Etiologies of adolescents at risk. *Journal of Adolescent Health*, 12, 591-596.
- Kalawski, J.P. y Haz, A.M. (2003). Y... ¿Dónde está la resiliencia? Una reflexión conceptual. *Revista Interamericana de Psicología*, 37(2), 365-372.
- Kaplan, H. (1999). Toward an understanding of resilience: a critical review of definitions and models. En M. Glantz y J. Johnson (Ed.). *Resilience and Development: Positive Life Adaptation*, 17-84. New York: Plenum.
- Krauskopf, D. (1995a). *Adolescencia y Educación*. San José: Asociación de Estudios Sociales de la Universidad de Costa Rica.
- Krauskopf, D. (1995b). *Las conductas de riesgo en la fase juvenil*. Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad de Costa Rica, San José.
- Kotliarenco, M.A., Cáceres, I. y Fontecilla, M. (1996). *Estado del arte en resiliencia*. Disponible en www.resilienci.cl (fecha de consulta agosto 2003).
- Lerner, R. (2005). *Promoting positive youth development: Theoretical and empirical bases*. Workshop on the Science of Adolescent Health and Development National, Research Council, Washington DC.
- Luthar, S.S. (1993). Annotation: methodological and conceptual issues in research on childhood resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34(4), pp. 441-453.
- Mangham, C., Mc Granth, P. Gram., R. y Steward, M. (1995). *Resiliency: relevance to health Promotion* Discussion Paper. Atlantic health promotion Research Centre. Canada: Dalhousie University.

- Masten, A.S., Morrison, P., Pellegrini, D. y Tllegen, A. (1992). Competence under stress: risk and protective factors. En Rolf, Jon; Masten, AnnS. Cicchetti, Dante; Nuechterlein, Keith H. y Wintraub, Sheldon (eds.). *Risk and protective factors in the development of psychopathology*, EE.UU.: Cambridge University Press.
- Melillo, A. y Suárez, O.E.N. (2003). *Resiliencia, descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Munist, M.M., Suárez Ojeda, N., Krauskopf, D. y Silber, T.J. (2007). *Adolescencia y resiliencia*. México: Paidós.
- Pandina, R.P. (1996). *Risk and prospective factors models in adolescent drug use: putting them to work for prevention*. In National Conference on Drug Abuse Prevention Research. NIDA.
- Páez, D., Bilbao, M. y Javaloy, F. (2008). Del trauma a la felicidad. En M.M. Casullo (comp.) *Prácticas en psicología positiva*. Cap. 7, pp.159-202, Argentina: Lugar Editorial.
- Peñaherrera, SE. (1998). Comportamientos de riesgo adolescente una aproximación psicosocial. *Revista de Psicología de la PUCP*, 16(2), 266-293.
- Richardson, G.E., Neiger, B.L., Jenson, S. y Kumpfer, K.L. (1990). *The resiliency model*. Health Education, 21(6): 33-39.
- Rutter, M. (1985). Family and school influences on behavioral development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22(3): 349-368.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal Orthopsychiatry*, 57(3): 316-329.
- Rutter, M. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14(8): 626-631.
- Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: Implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 21, 119-144.
- Scoville, M.C. (1942). Wartime task of psychiatric social workers in Great Britain. *American Journal of Psychiatry*, 99, 358-363.
- Stem, C. (2004). Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México. *Papeles de Población*, 39, 129-158, Toluca: Universidad Autónoma del Estado del México.
- Vinaccia, S., Quiceno, J.M. y Moreno, S.P.E. (2007). Resiliencia en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 139-146.
- Walsh, F. (2004). *Resiliencia familiar*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Werner, E. y Smith, R.S. (1982). *Vulnerable but invincible: A longitudinal study or resilient children and youth*. EE.UU.: MacGraw Hill.
- Weinstein, J. (1992). *Riesgo Psicosocial en Jóvenes*. PREALC: Santiago de Chile.

AUTORES

Yessica Paola Aguilar Montes de Oca

Doctora en Ciencias de la Salud por la Universidad Autónoma del Estado de México. Docente de pregrado y posgrado en la UAEM y en universidades privadas. Cuenta con Perfil Prodep. Ha publicado diversos artículos científicos nacionales e internacionales, autora de capítulos de libros y ponente en múltiples foros científicos. Línea de investigación: Cultura y personalidad, apatía, infancia y pareja.

Norma Ivonne González Arratia López Fuentes

Doctora en Investigación Psicológica por la Universidad Iberoamericana. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel I. Perfil Prodep y líder del Cuerpo Académico Consolidado Cultura y Personalidad. Ha publicado diversos artículos científicos nacionales e internacionales, autora de libros y ponente en múltiples foros científicos. Obtuvo Distinción Rogelio Díaz Guerrero a jóvenes investigadores de la Psicología Social y Etnopsicología (2012) y el Premio Estatal de Ciencia y Tecnología del Gobierno del Estado de México (2014). Líneas de investigación: Cultura, personalidad y salud, resiliencia y psicología positiva. Profesora-Investigadora de tiempo completo de la Universidad Autónoma del Estado de México.

Jorge Alvarado Orozco

Obtuvo el título de licenciatura y el grado de maestría y doctorado en la Universidad Autónoma del Estado de México. Actualmente, es profesor hora/clase en la misma Universidad. Su investigación se centra en los temas sobre emociones negativas (y su medición fisiológica), ansiedad y depresión.

Martha Adelina Torres Muñoz

Obtuvo el título de licenciatura y el grado de maestría y doctorado en la Universidad Autónoma del Estado de México, con menciones honoríficas. Desde la licenciatura incursionó en el área de investigación como colaboradora del Cuerpo Académico de Cultura y personalidad de la Facultad de Ciencias de la Conducta de la misma Universidad, donde actualmente trabaja como profesora de asignatura. Ha publicado artículos, capítulos de libro y ha sido ponente en distintos congresos nacionales e internacionales. Ha desarrollado investigación principalmente sobre somatización, personalidad, pareja, resiliencia, entre otras variables psicosocioculturales y de salud.

Avelina Encastin Julio

Obtuvo su licenciatura en la Facultad de Psicología en la UAEM. Maestra en Psicología Clínica por la UAEM. Experiencia docente en el Centro de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar

(CAPEP) Valle de Toluca. Responsable del área de Psicología en el Centro de Atención Múltiple (CAM) Núm. 42 en Almoloya de Juárez.

Eliab Ammissaday Vara Miranda

Maestro en Psicología por la Universidad Autónoma del Estado de México. Actualmente, se encuentra estudiando el Doctorado en Humanidades en la UAEM. Psicoterapeuta. Docente en la Universidad Iberoamericana.

Felipe González Arratia Visoso

Licenciado en Psicología, graduado con mención honorífica y galardonado con la Presea “Ignacio Manuel Altamirano”; tiene experiencia en psicología clínica y en el manejo de personal, reclutamiento, selección y capacitación; es docente de diversas universidades, incluida la UAEM. Con más de 20 ponencias en congresos nacionales e internacionales y más de 20 cursos de formación psicológica, actualmente realiza investigación en psicología social y divulgación científica en redes sociales.

Francisco José Argüello Zepeda

Profesor-Investigador del Centro de Investigaciones Multidisciplinarias en Educación, UAEM. Doctor en Antropología por la Universidad Laval, Canadá. Pertenecer al Sistema Nacional de Investigadores Nivel I. Líneas de investigación: Antropología rural, Educación ambiental y Ética económica. Entre sus publicaciones se encuentran: *Educación ambiental y globalización: modelos interdisciplinarios en la UAEM* y *La privatización de la industria azucarera mexicana y su impacto social*.

Hans Oudhof Van Barneveld

Profesor de tiempo completo de la Facultad de Ciencias de la Conducta de la Universidad Autónoma del Estado de México. Doctor en Ciencias Psicológicas, Pedagógicas y Sociológicas por la Universidad de Groningen, Holanda. Coordinador del Doctorado en Ciencias de la Salud de la UAEM. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel I. Líder del Cuerpo Académico Consolidado Socialización, juventud y estilos de crianza. Ha publicado artículos en diversas revistas indexadas nacionales e internacionales. Autor/co-autor de varios capítulos de libro y libros. Ponente en diversos congresos nacionales e internacionales.

Lorena Toribio Pérez

Doctora en Ciencias de la Salud y maestra en Psicología por la Universidad Autónoma del Estado de México. Cuenta con capítulos de libro y artículos científicos sobre felicidad, salud mental positiva y percepción de la salud en adolescentes. Ha realizado estancias de investigación en la Universidad de Santiago de Compostela y en la Universidad de Zaragoza, España. Ha participado en diversos congresos científicos nacionales e internacionales, con investigaciones sobre psicología positiva, salud mental positiva, felicidad, autoestima y optimismo. Actualmente, labora como docente en universidades mexicanas.

Lucina Isabel Reyes Lagunes

Psicóloga social. Profesora Emérita de la Facultad de Psicología, UNAM. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel III. Sus líneas de investigación son: Cultura y personalidad, etnopsicometría, psicología política. Entre sus publicaciones y colaboraciones se encuentran: *El desarrollo de la personalidad en dos culturas: México y Estados Unidos*; *El impacto de la televisión educativa en el desarrollo infantil*; *Evaluación de Plaza Sésamo en México*; *La personalidad del mexicano*; *La medición de la personalidad en México*, y *Costos psicológicos de la inseguridad pública*. Ha dirigido más de 130 tesis de licenciatura y posgrado. Conferencista nacional e internacional.

María Azucena Hernández Silva

Licenciada en Psicología, maestra en Psicología y actualmente está por finalizar el Doctorado en Ciencias de la Salud por la UAEM. Ha colaborado como docente en el Centro Universitario UAEM Atlacomulco y participado en distintos cursos, talleres y diplomados para mejorar y perfeccionar sus conocimientos y compartirlos con los alumnos de su *Alma Mater* que le ha formado académica y profesionalmente.

Mario Ulises Maya Martínez

Maestro en Psicología por la Universidad Autónoma del Estado de México. Actualmente es estudiante del Programa de Doctorado en Psicología Social y Ambiental de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Ha publicado artículos de investigación y participado como ponente en congresos a nivel nacional e internacional. Su línea de investigación se enfoca en tópicos relacionados con la creatividad y el pensamiento divergente.

Sergio González Escobar

Licenciado en Psicología y maestro en Psicología Clínica por la uaem. Doctor en Investigación Psicológica por la Universidad Iberoamericana. Profesor de tiempo completo C del Centro Universitario UAEM Atlacomulco. Director de más de 150 tesis de licenciatura, cuatro de maestría y tres de doctorado. Ha publicado en revistas indizadas nacionales e internacionales y más de diez capítulos de libros.

Sofía Rivera Aragón

Obtuvo la licenciatura, maestría y doctorado en la Facultad de Psicología de la UNAM. Es Profesor Titular C, T. C. Def., desde hace 37 años. Cuenta con un PRIDE nivel D en la UNAM y es miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel I. Ha publicado 111 artículos, 234 capítulos y 7 libros. Obtuvo el Premio Universidad Nacional 2006, en el área de Ciencias Sociales; el Premio Dr. Rogelio Díaz Guerrero a la Investigación Psicosocial y la Etnopsicología (2006), y el Premio de Enseñanza e Investigación en Psicología (CNEIP, 2012).

Yessica Paola Aguilar Montes de Oca. Doctora en Ciencias de la Salud por la UAEM. Docente de pregrado y posgrado en la UAEM y en universidades privadas. Cuenta con Perfil Prodep. Ha publicado diversos artículos científicos nacionales e internacionales, autora de capítulos de libros y ponente en múltiples foros científicos. Línea de investigación: Cultura y personalidad, apatía, infancia y pareja.

Martha Adelina Torres Muñoz. Obtuvo el título de licenciatura y el grado de maestría y doctorado en la UAEM. Colaboradora del Cuerpo Académico de Cultura y personalidad de la Facultad de Ciencias de la Conducta de la misma Universidad, donde actualmente trabaja como profesora de asignatura. Ha publicado artículos, capítulos de libro y ha sido ponente en distintos congresos nacionales e internacionales. Líneas de investigación: somatización, personalidad, pareja, resiliencia, entre otras variables psicosocioculturales y de salud.

Jorge Alvarado Orozco. Obtuvo el título de licenciatura y el grado de maestría y doctorado en la UAEM. Actualmente, es profesor hora/clase en la misma Universidad. Líneas de investigación: emociones negativas (y su medición fisiológica), ansiedad y depresión.

Norma Ivonne González Arratia López Fuentes. Doctora en Investigación Psicológica por la Universidad Iberoamericana. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel I. Perfil Prodep y líder del Cuerpo Académico Consolidado Cultura y Personalidad. Ha publicado diversos artículos científicos nacionales e internacionales, autora de libros y ponente en múltiples foros científicos. Obtuvo Distinción Rogelio Díaz Guerrero a jóvenes investigadores de la Psicología Social y Etnopsicología (2012) y el Premio Estatal de Ciencia y Tecnología del Gobierno del Estado de México (2014). Líneas de investigación: Cultura, personalidad y salud, resiliencia y psicología positiva. Profesora-Investigadora de tiempo completo de la UAEM.

Esta obra es el resultado de diversas investigaciones acerca de la personalidad y el efecto de la cultura. Los tópicos abordan los componentes del yo o territorio personal, la presencia de emociones negativas básicas surgidas desde diferentes estímulos y contextos y su asociación con ansiedad y depresión; la medición de la depresión; los tipos, formas y reacciones del miedo; la apatía y sus implicaciones; la somatización como una consecuencia de vivir en el círculo del miedo; la personalidad entrópica y felicidad; el significado del talento; la resiliencia y los recursos psicológicos, así como los factores de riesgo y protección para la resiliencia. Lo anterior permite dar una explicación desde lo biológico, lo psicológico, lo social y el contexto de referencia, lo cual se retoma desde varios análisis metodológicos, a partir de la Teoría de la paz o equilibrio y el modelo ecológico de Bronfenbrenner que confluyen de lo individual hasta el macrosistema; esto brinda un enfoque contemporáneo e integrador acerca del proceso salud-enfermedad, con el objetivo de contar con evidencia empírica para el desarrollo de futuras intervenciones en pro de la salud mental de los individuos.

SDC

