

EL PSICÓLOGO ANÁHUAC

La Revista **El Psicólogo Anáhuac** es un medio de difusión dirigido a alumnos, profesores y egresados de la Facultad de Psicología de la Universidad Anáhuac. Las opiniones vertidas en los artículos son responsabilidad de los autores y no representan necesariamente la posición de la Facultad de Psicología ni de la Universidad Anáhuac.

PSICÓLOGO ANÁHUAC, número 20, Julio 2017, es una publicación anual editada por Investigaciones y Estudios Superiores, S.C. a través de la Dirección Académica Especializada, por la Facultad de Psicología. Av. Universidad Anáhuac 46, Huixquilucan, 52786, Estado de México, tel. 56270210

Editor responsable: Alejandro González-González. Reservas de Derechos al Uso Exclusivo No. 0404-2010-072310284400-102.

ISSN: 2007-3429. Certificado de Licitud de Título y Contenido No.15066, ambos otorgados por la Comisión Calificadora de Publicaciones y Revistas Ilustradas de la Secretaría de Gobernación.

Impresa por Fotolito Carmona, S. A., Ciudad de México, tiraje de 300 ejemplares.

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

Queda estrictamente prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes de la publicación sin previa autorización de Investigaciones y Estudios Superiores, Facultad de Psicología.



ISSN 2007-3429

EL PSICÓLOGO ANÁHUAC

Número 20 • 2017



DIRECTORIO DE LA UNIVERSIDAD ANÁHUAC

DR. CIPRIANO SÁNCHEZ GARCÍA L.C.
Rector

DRA. SONIA BARNETCHE FRÍAS
Vicerrectora Académica

Mtro. Jorge Miguel Fabre Mendoza
Vicerrector Académico

Director de la Facultad de Psicología
Mtro. José María López Landiribar

Director de Comunicación Institucional
Lic. Abelardo Somuano Rojas

Coordinadora de Publicaciones Académicas
Mtra. Alma E. Cázares Ruiz

DIRECTORIO DE EL PSICÓLOGO ANÁHUAC

Coordinador Editorial
Dr. Alejandro González-González

Asistente Editorial
Dr. Ernesto Reyes-Zamorano
Dra. Diana Betancourt Ocampo

Comité Editorial

Dra. Isabel Reyes Lagunes
Dra. Patricia Andrade Palos
Dra. Shoshana Berenzon Gorn
Dra. Tania Rocha Sánchez
Dr. José Damián Carrillo Ruiz
Dr. Francisco Juárez García
Dra. María Elena Rivera Heredia
Dr. Isacc J. Uribe Alvarado
Dr. Octaviano García Robelo
Dra. Norma Betanzos Díaz
Dra. Leticia Salazar Garza
Dr. Raul Alcazar Olán
Dra. Cinthia Cruz del Castillo
Dr. Héctor Romo Parra
Dra. Marcela Tiburcio Sainz
Dra. Diana Betancourt Ocampo
Dr. Julio Cesar Flores Lázaro
Dr. Alejandro González-González
Dr. Tonatiuh García Campos
Dr. Francisco Paz Rodríguez
Dra. Ximena Zacarías Salinas
Dr. Ernesto Reyes Zamorano
Dra. Cristina Pérez Agüero
Dra. Jazmin Quintero
Dra. Adriana Marin Martínez
Mtro. Enrique Chávez León
Mtro. José María López Landiribar
Dra. Julieta Vélez Belmonte
Dr. Norman D. Moreno Carmona

Universidad Nacional Autónoma de México
Universidad Nacional Autónoma de México
Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente"
Universidad Nacional Autónoma de México
Universidad Anáhuac México
Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente"
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo
Universidad Autónoma de Colima
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
Universidad Autónoma de Morelos
Universidad Autónoma de Aguascalientes
Universidad Iberoamericana, Puebla
Universidad Iberoamericana, México
Universidad Anáhuac México
Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente"
Universidad Anáhuac México
Hospital Infantil Juan N. Navarro
Universidad Anáhuac México
Universidad de Guanajuato
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía
Universidad Autónoma de Colima
Universidad Anáhuac México
Universidad Nacional Autónoma de México
Universidad de Guanajuato
Centro Nacional de Evaluación para la Educación Superior, CENEVAL
Universidad Anáhuac México
Universidad Anáhuac México
Universidad Anáhuac México
Universidad de San Buenaventura, Colombia

CONTENIDO

COMPROMISO ORGANIZACIONAL Y CALIDAD DEL SERVICIO EN UN HOSPITAL PRIVADO7
Claudia Ximena Olivares Díaz, Norma Betanzos Díaz y Francisco Paz Rodríguez

LAS PRÁCTICAS PARENTALES COMO PREDICTORAS DE LOS ESQUEMAS MALADAPTATIVOS
TEMPRANOS EN NIÑOS 27
Diana Betancourt Ocampo, Tania Alejandra Núñez Goya, Gabriela Guerrero
Moreno, Alejandra Oropeza Martínez y María Pamela Rojas Dávila

FACTORES DE RIESGO INDIVIDUAL ASOCIADOS AL ÍNDICE DE MASA CORPORAL
DE ADOLESCENTES MUJERES 43
Marisol Parrao López, Patricia Andrade Palos y Diana Betancourt Ocampo

ASOCIACIÓN ENTRE LOS SÍNTOMAS DE TDAH, EL FUNCIONAMIENTO EJECUTIVO Y
CALIFICACIONES EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS 57
Ernesto Reyes-Zamorano y Lino Palacios Cruz

ATRACTIVO DE LA EXTRAVERSIÓN, AMABILIDAD Y RESPONSABILIDAD EN UN INVENTARIO
DE LOS CINCO GRANDES ADAPTADO 77
Marcelo José Villarreal Coindreau, Rosa Elvira Gómez Estrada, Mariol Name Cantú y
Alicia Trujillo Aragón

INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN DE DOCTORES: NUEVOS RETOS INSTITUCIONALES 89
Alejandro González-González

COMPROMISO ORGANIZACIONAL Y CALIDAD DEL SERVICIO EN UN HOSPITAL PRIVADO

ORGANIZATIONAL COMMITMENT AND SERVICE QUALITY IN PRIVATE HOSPITAL

CLAUDIA XIMENA OLIVARES DÍAZ Y NORMA BETANZOS DÍAZ¹

Universidad Autónoma del Estado de Morelos

FRANCISCO PAZ RODRÍGUEZ

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía

RESUMEN

Este trabajo presenta los perfiles de compromiso organizacional de un grupo de empleados de una clínica privada en Cuernavaca, Morelos y la calidad del servicio percibida por pacientes que acudieron a consulta. Mediante un estudio transversal descriptivo, se evaluó el compromiso organizacional de 30 empleados y la percepción de calidad en el servicio a 393 pacientes. Los resultados mostraron que un 13% de los empleados tenían un compromiso organizacional total y que los pacientes perciben buena calidad del servicio ya que reportan un puntaje promedio de 72 en la escala SERVQHOS. Se realizaron comparaciones entre personal administrativo y clínico contra la calidad del servicio percibida por el paciente y aunque no se encontraron diferencias significativas, los pacientes muestran mayor descontento con el personal del área clínica. Los empleados con puestos en área clínica (médico, enfermera, laboratorista) presentaron bajo compromiso (36.7% vs 10%) a diferencia de los administrativos (repcionistas, vigilantes), manifestando una falta de interés por solucionar el problema por el cual acude el paciente, cumplir con lo que se promete, ser amable, ayudar y brindar un trato personalizado.

Palabras Clave: *Compromiso organizacional, Calidad del servicio, Servicios de salud, Trato adecuado, Estudio empírico.*

¹normabetanzos@uaem.mx

Abstract

This paper presents the organizational commitment profiles of a group of employees of a private clinic in Cuernavaca, Morelos and its relation with the quality of the service perceived by patients who came to consult. A descriptive cross-sectional study evaluated the organizational commitment of 30 employees and the perception of quality in the service to 393 patients. The results showed that 13% of the employees had a total organizational commitment and that the patients perceive good quality of service since they report an average score of 72 on the SERVQHOS scale. Comparisons were made between administrative and clinical staff against the quality of service perceived by the patient and although no significant differences were found, the patients showed greater dissatisfaction with the clinical staff. Employees with positions in the clinical area (doctor, nurse, laboratory) presented a low commitment as opposed to administrative ones (receptionists, caretakers), manifesting a lack of interest in solving the problem for which the patient comes, what is promised, be kind, help and provide a personalized treatment.

Key Words: *Organizational commitment, Service quality, Health service, Responsiveness, Empirical study.*

Introducción

Tratar sobre el tema de “calidad” puede parecer novedoso o de moda, aunque siempre ha estado presente en la historia del hombre, ya que el consumir cualquier producto se espera que sea de la forma, características y duración que el cliente lo requiere. Este concepto se abre camino en la segunda guerra mundial, en la fabricación de productos militares (Cruz, 2000).

La calidad se ha diversificado y actualmente se enfoca a diferentes aspectos como es el servicio, el procedimiento y la gestión, entre otros. Específicamente el tema de la calidad en el servicio ha tomado fuerza como una ventaja competitiva que aporta beneficios a las organizaciones a la vez que contribuye a su permanencia en el mercado actual (Aliman & Mohamad, 2016). Son numerosas las organizaciones que se han dado cuenta que su éxito depende en gran medida del grado en que pueden satisfacer a sus clientes, ya sean otras empresas o clientes internos (Wellington, 1997). La calidad en el servicio es un aspecto siempre presente en las organizaciones pues los clientes han exigido un buen trato y un servicio acorde al precio que se debe pagar (Solórzano, 2013). Este término ha ido ganando importancia sobre otros temas en diferentes disciplinas como psicología, mercadotecnia, administración, economía, medicina, educación, etcétera. Igualmente, la competencia entre empresas y organizaciones que buscan contar con la atención y aprobación del cliente, se ha incrementado, lo cual se evidencia en la utilización de servicios, adquisición de productos o visitas frecuentes que significan un mayor consumo. Además de que existe la posibilidad de ser recomendado por los clientes, lo que favorece llegar a nuevos usuarios. Kotler (1997, p. 656) menciona que la calidad del servicio es “cualquier actividad o beneficio que una parte ofrece a otra; son esencialmente servicios intangibles y no dan lugar a la propiedad de ninguna cosa. Su producción puede estar vinculada o no con un producto físico” (Duque, 2005). Pero también la calidad en el servicio es una actitud que indica la comparación del cliente y de sus expectativas con lo que recibe una vez que ha llevado a cabo la transacción (Ruiz, 2001). Estas definiciones dejan ver la importancia de la subjetividad de las personas, al valorar un servicio y por ello las organizaciones se ajustan a las especificaciones, tanto en las necesidades como en las percepciones y expectativas de manera que hacerlo le signifique una ventaja competitiva y diferenciadora de lo que otras organizaciones ofrecen (Kumaraswamy, 2012). Así la calidad en el servicio está dirigida prioritariamente a las necesidades del cliente y marca su actitud respecto a la prestación recibida formada por una evaluación global a largo plazo de una

actuación (Arun, Manjunath, & Chethan, 2012). Por otra parte, la calidad tiene una relación significativa con el costo, rentabilidad, satisfacción, retención de usuarios y la garantía de servicio (Sohail, 2003).

Uno de los espacios donde la calidad se vuelve un tema fundamental es con los proveedores de servicios de salud. En México una de las organizaciones más grandes del sector salud (Instituto Mexicano del Seguro Social), realizó un estudio bibliométrico reportando 881 trabajos sobre calidad de la atención (Navarrete- Navarro, Gómez-Delgado, Riebeling-Navarro, et al. 2013). El estudio da cuenta de la realidad social de la población que se atiende en la institución, hasta la forma y calidad con que se llevan a cabo las actividades clínicas, problemas, alternativas de solución y producción de nuevo conocimiento. Su importancia está dada por la creciente necesidad de una eficiente atención a los pacientes en su proceso de salud-enfermedad (Aghamolaei et al. 2014). Por lo que se ha convertido en un tema prioritario de investigación, Tountas, Lopatzidis y Houliara (2003) mencionan que cada año se publican más de mil estudios sobre percepciones de los pacientes acerca de su atención médica. Los servicios de salud al ser comparado con otros servicios muestran mayor complejidad e intangibilidad mientras que las consecuencias financieras y humanas de baja calidad son altas (Mitropoulos, Vasileiou, & Mitropoulos, 2017). Se ha probado que el impacto de la calidad del servicio en hospitales, se manifiesta en medidas financieras de un hospital tales como ingresos, ingresos netos y rendimiento de los activos (Nelson, et al., 1992).

Además, se sabe que las percepciones de calidad de un servicio deficiente, afectan adversamente la asistencia y el cumplimiento de los pacientes con sus tratamientos (Li et al., 2015) es uno de los determinantes más importantes de la confianza del paciente y crea una relación relativamente fuerte entre el proveedor de servicios y el cliente (Zarei et al., 2014).

Un aspecto a considerar en la atención de calidad en los servicios hospitalarios es que se encuentra sesgada pues no son los clientes los que pagan el servicio sobre todo en el sector público pues estos, se pagan con los impuestos y en los hospitales privados, subcontratados como proveedores del sector salud, en muchos casos se pagan indirectamente, lo que tiene como consecuencia que las personas, no puede elegir libremente a su proveedor de servicio y por ello, la única medida que se tiene acerca de la calidad no es la elección del cliente sino solamente la eficiencia del servicio y la atención médica (Huang & Chiu, 2006).

Es importante mencionar que en la medición de calidad del servicio se tienen mayores complejidades dado que los pacientes indican mayor subjetividad por los limitados conocimientos científicos y técnicos relacionados con la enfermedad y los procedimientos médicos (Zarei, et al., 2015). Además, juega un papel fundamental el personal que se desempeña en los servicios hospitalarios (Médicos, enfermeras, personal de laboratorio, personal administrativo, laboratoristas, etc.). Los empleados de contacto, influyen directamente en la percepción de calidad pues desempeñan el papel de vendedores y son los que promocionan el hospital, los servicios y muestran los beneficios o las negligencias del servicio que ofrecen (Ramseook-Munhurrin, Lukea-Bhiwajee, & Naidoo, 2010).

Por lo tanto, valdría la pena hacerse la siguiente hipótesis sobre el papel del personal de salud/administrativo en la percepción de la calidad del servicio.

Hipótesis 1. *Dentro de la muestra estudiada ¿existirán diferencias respecto a la percepción de calidad de atención brindada por el personal clínico vs administrativo? Suponemos que el personal clínico, debido a su formación y compromiso con la organización será el que mejor calidad del servicio brinde.*

Beatson, Lings y Gudergan (2008), indican que el compromiso de los empleados tiene un fuerte impacto en la calidad del producto y servicio que percibe el cliente.

Se tienen estudios que manifiestan la relación entre el cliente interno y el compromiso organizacional (Araque-Jaimes, Sánchez-Esteba, & Uribe, 2017). El compromiso organizacional que presentan los empleados en su trabajo, se manifiesta en un menor ausentismo, aceptación de metas y valores (Betanzos & Paz, 2007) mayores niveles de eficiencia (asumiendo actividades adicionales) y se enfocan al logro de objetivos de la organización (Betanzos & Paz, 2011). Por ello, el empleado que se encuentra altamente comprometido a su organización, se centra en llevar a cabo el trabajo de manera eficiente. El compromiso organizacional es un concepto multidimensional compuesto por tres componentes (Meyer & Allen 1991): afectivo (CA), refleja un apego emocional y el deseo de permanecer con la organización, normativo (NC) se experimenta como un sentimiento de obligación de permanecer, y de continuidad (CC) refleja una conciencia de los costos asociados con dejar la organización. Meyer, Stanley, Herscovitch y Topolnytsky (2002), indican que los empleados “experimentan las tres formas de compromiso en diferentes grados” y que es importante considerar cómo “las diversas formas de compromi-

so interactúan (perfil individual de compromiso) para influir en el comportamiento de los empleados” (Wasti, 2005). Meyer, Stanley y Parfyonova (2012) encuentran seis perfiles de trabajadores: no comprometidos, moderadamente comprometidos, bajo compromiso, totalmente comprometidos, compromiso de continuidad dominante y compromiso afectivo/normativo dominante. La existencia de estos perfiles permite conocer el nivel de compromiso de los empleados (Gellatly et al., 2006) además “cuando los empleados quieren permanecer en la organización y creen que es lo correcto, son más felices, satisfechos, autodirigidos, sanos, y dispuestos a ejercer un esfuerzo discrecional en nombre de la organización que cuando no están comprometidos o sienten que tienen que permanecer” Meyer et al., (2012, p. 13).

Por todo lo anteriormente expuesto. El presente trabajo tiene como objetivo, determinar la calidad del servicio percibida por los usuarios de un hospital de salud privado y los perfiles de compromiso de los empleados, para conocer la influencia del compromiso organizacional del trabajador, en la calidad del servicio brindado.

Método

Participantes

Se trata de un estudio transversal descriptivo, en una clínica conformada por 30 empleados donde, el 40% de los empleados que participaron son hombres, mientras que 60% son mujeres. En lo referente a la edad, el grupo de empleados de 36 años o más es el más grande (33.3%) y un 40% de empleados son profesionistas. Al ser una clínica el grupo de médicos, enfermeros y laboratoristas representó más de la mitad de la población, con un 66.7%. La mayoría de los empleados reportan una antigüedad de 1 a 3 años (36.7%) y trabajan una jornada laboral de 8 horas (63.3%).

Por su parte los 393 pacientes encuestados un 50.4% fueron hombres, la mayor parte entre 30 y 35 años (29%), con escolaridad de bachillerato (45%) y se les atendió más frecuentemente durante el turno vespertino (49%).

Instrumentos

Compromiso Organizacional: Se aplicó el cuestionario de Meyer, Allen y Smith (1993) versión adaptada por Arciniega (2006) que consta de 18 ítems,

evalúa tres dimensiones: Compromiso Afectivo (CA) considerado como las características de sentimientos positivos o identificación con un implicación en una organización;

Compromiso de Continuidad (CC) enfocado a los costos o inversiones que los empleados realizan en la organización y Compromiso Normativo (CN) considerado como un fuerte sentimiento de obligación por parte del empleado por permanecer en la organización.

Cada escala se conforma por 6 ítems tipo Likert que van desde totalmente en desacuerdo (1) a totalmente de acuerdo (5). La fiabilidad (alpha de Cronbach) obtenida para esta investigación fue: (.68) para la escala de compromiso afectivo, (.75) para la escala de compromiso de continuidad y (.67) para la escala de compromiso normativo.

Calidad en el Servicio: Se aplicó el cuestionario SERVQHOS diseñado a partir de la teoría de la discrepancia entre expectativas y percepciones, adaptado por Mira, Aranaz, Rodríguez-Marín, Buil, Castell y Vitaller (1998) de la escala SERVQUAL de Parasuraman, Zeithaml y Berry (1988) para el sector hospitalario. Consta de 19 ítems que se evalúan mediante una escala Likert, en la cual se interroga al paciente en relación a aspectos tangibles e intangibles de la calidad en el servicio hospitalario y los criterios basados en las expectativas y percepciones para la evaluación, que van de uno a cinco, siendo 1 “mucho peor de lo que esperaba” y 5 “mucho mejor de lo que esperaba”, tales ítems se agrupan en dos dimensiones, la primera llamada calidad subjetiva integrada por 10 ítems y la segunda llamada calidad objetiva integrada por 9 ítems. Teniendo una Alfa de Cronbach para el total del cuestionario de (0.96).

Procedimiento

Se encuestó a los empleados que tienen trato directo con el paciente en sus horarios de trabajo, el levantamiento de encuestas duró dos semanas, y se cubrieron los turnos matutino, vespertino y nocturno. Se hizo entrega de un sobre que contenía la hoja de consentimiento informado para firma del participante y el instrumento de medición así como una pluma, se dieron las instrucciones de manera individual enfatizando en que debían leer detalladamente la información y en caso de tener preguntas, se les aclararon las dudas, por último, se agradeció su participación, recordándoles la confidencialidad de sus respuestas.

Posteriormente, se encuestó a pacientes, es decir, se aplicaron cuestionarios a personas que acudieron a la clínica en el turno matutino, vespertino y nocturno, durante los siete días de la semana. Se solicitaba a los pacientes después de haber recibido algún servicio, su participación en una evaluación sobre calidad del servicio y en caso de aceptar se les entregaba la encuesta y una pluma, al finalizar se agradecía su participación, la recolección de datos para dicha muestra tuvo una duración total de tres semanas. Finalmente, se calificaron los cuestionarios y codificaron en una base de datos con el paquete estadístico SPSS 22.

Análisis Estadístico

Se utilizó estadística descriptiva con la finalidad de detallar los datos recogidos y los puntajes obtenidos de las variables estudiadas. Se obtuvieron los estadísticos descriptivos (media, desviación típica, asimetría y curtosis) de las escalas aplicadas, con ello se realizó un análisis de reactivos para conocer las características de las respuestas. En la escala de compromiso organizacional se calculó su fiabilidad mediante alpha de Cronbach por dimensiones. Para analizar la estructura empírica del cuestionario SERVQHOS, se aplicó un análisis factorial, mediante el método de mínimos cuadrados no ponderados con rotación Oblimin, debido a la naturaleza de los datos obtenidos. El criterio a seguir para considerar un reactivo dentro de un factor fue que presentara carga factorial mayor de 0.40 y no presentar una carga mayor o igual en otro reactivo. Para elegir el número de factores, se consideró la claridad conceptual y que se contara con mínimo tres reactivos por dimensión, además se calculó la fiabilidad de la escala.

Para la escala de Compromiso Organizacional al igual que Meyer et al., (2012), se obtuvo el perfil de CO que tienen los empleados. De acuerdo a Meyer et al., (2012), los tres componentes del compromiso -afectivo, normativo y de continuidad- se combinan para formar un perfil, el cual puede variar a través de diferentes grupos. Identifican ocho perfiles, cada uno caracterizado por una combinación de puntuaciones altas o bajas en los tres componentes. En el presente trabajo, se identificaron los diferentes perfiles de compromiso de los empleados. Para ello, el análisis consistió en obtener los puntajes por dimensión de la escala de compromiso organizacional y convertirlos en puntaje-z (basados en su propia puntuación obtenida). De esta manera se determinó en cuantas unidades de desviación estándar se encontraron por encima o debajo

de la media. Un puntaje Z negativo indica que los datos son menores que la media. Por el contrario, un puntaje Z positivo indica que los datos en cuestión son mayores que la media. Puntajes con una desviación 0.0 a 1.0 se consideraron normales, con 1.1 a 1.5 de desviación rendimiento moderado (+) o pobre (-) y puntajes con más de 1.6 de desviación se consideraron rendimiento alto (+) o bajo (-), con estas categorías se asignó a un perfil de compromiso. Para determinar el perfil de pertenencia se consideraron los siguientes criterios; (a) no tener perfiles con un individuo, (b) que el perfil se integraran de forma clara considerando los puntajes obtenidos en las subescalas, (c) una alta probabilidad de que los individuos realmente pertenezcan al perfil al que fueron asignados, (d) una baja probabilidad de pertenecer a otros perfiles (es decir, mostrar diferencias en los valores obtenidos en las subescalas) y, e) tomar en cuenta la teoría al determinar el número de perfiles obtenidos. Igualmente, se compararon las puntuaciones de compromiso de cada uno de los perfiles para evaluar el carácter distintivo.

Se hicieron comparaciones para edad, sexo, estado civil y escolaridad, con los puntajes obtenidos en compromiso organizacional y calidad en el servicio, mediante pruebas t-test o U de Mann-Whitney. Además se hizo análisis bivariado por la variable puesto (Clínicos / Administrativos) que atendió a los usuarios contra las preguntas de calidad en el servicio buscando diferencias significativas, para ello se realizó la prueba de Fisher en los casos donde una de las celdas de comparación tuviese un porcentaje menor al 5% y/o chi-cuadrada. Esta prueba permite averiguar si dos variables son independientes estadísticamente, es decir comparar la percepción de la calidad del servicio en función del personal que atendió al paciente o familiar. Para comprobar la hipótesis, sobre si el personal clínico daba mejor calidad en el servicio a diferencia del personal administrativo.

Resultados

En lo referente a comparaciones entre las variables demográficas y compromiso organizacional, se observaron diferencias significativas en compromiso organizacional normativo ($z = -2.033$, $p = .002$), los casados o en unión libre obtuvieron un puntaje en promedio de 21.87, a diferencia de los solteros/divorciados quienes obtuvieron un puntaje menor 16.00. En compromiso de continuidad ($z = -2.890$, $p = .024$), los casados o en unión libre obtuvieron un puntaje en promedio de 16.00, a diferencia de los solteros/divorciados quienes obtuvieron un puntaje menor 12.60. En lo referente a variables de

la organización, antigüedad, puesto, turno de trabajo, horas laboradas al día, dependientes económicos y salario percibido, no se observaron diferencias estadísticamente significativas.

En los estadísticos descriptivos del perfil de compromiso organizacional de los empleados de la clínica (Tabla 1), se pudo observar perfiles similares a los reportados por Meyer et al., (2012) en su investigación en 403 empleados.

Tabla 1.

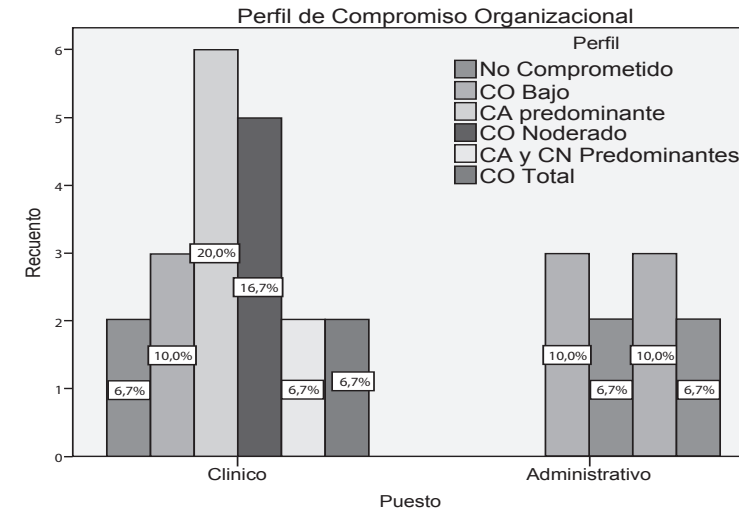
Perfil de CO de los empleados

	Frecuencia	Porcentaje	Meyer (2012)
No Comprometido	2	6.7	6.7
CO Bajo	3	10.0	10.9
CA predominante	9	30.0	30.5
CO moderado	7	23.3	19.3
CA y CN predominantes	5	16.7	8.4
CO Total	4	13.3	13.8
Total	30	100.0	100.0

Nota. Los datos de Meyer et al., (2012) se presentan en porcentajes. CA compromiso afectivo. CN compromiso normativo.

Como puede observarse en la Tabla 1, sólo un 13.3% de los empleados de la clínica obtuvieron un perfil de CO total, el 16.7% presenta un perfil CA y CN predominante y un 23.3% CO moderado. Llama la atención que en el 46.7% de los empleados presentan un perfil de CO que se puede considerar inadecuado para brindar una calidad del servicio optima a los usuarios en la clínica, debido a que están en las categorías de No comprometido, CO bajo, CA predominante. Resaltó que los puestos relacionados al trabajo clínico (médico, enfermería, laboratoristas) presentan un bajo compromiso a diferencia de los empleados administrativos [36.7% vs 10%]. Esto puede observarse en la Figura 1.

Figura 1.
Perfil de Compromiso Organizacional en la Muestra Estudiada



Calidad en el servicio

Dado que se trató de un cuestionario tipo Likert se podría haber llevado a cabo un análisis factorial exploratorio mediante el método de máxima verosimilitud; sin embargo, su principal inconveniente radica en que, al realizarse la optimización de la función de verosimilitud por métodos iterativos, si las variables originales no son normales, puede haber problemas de convergencia. Con muestras, como es el caso del presente estudio, se ha considerado que el método de mínimos cuadrados no ponderados resulta más adecuado, ya que además de ser un método robusto no requiere ninguna suposición acerca de la distribución (Freiberg-Hoffmann, Stover, de la Iglesia, & Fernández-Liporace, 2013). Para seleccionar el número de factores se utilizó el método Káiser: factores con valores propios superiores a 1 y el tipo de rotación usada fue Oblimin directo (Lloret-Segura, Ferreres-Traver, Hernández- Baeza, & Tomás-Marco, 2014). Por otra parte, los resultados del índice de Kaiser- Meyer-Olkin (KMO = .965) y la prueba de esfericidad de Bartlett, ($X^2(171) = 7763.3; p < .0001$) pusieron de manifiesto una buena adecuación e identificación de los datos para su análisis. El análisis factorial de las escalas derivó en un factor que explicó el 66.19% de la variabilidad total, los pesos factoriales de los reactivos y estadísticos descriptivos de la escala se muestran en la Tabla 2.

Tabla 2.
Validez factorial de la escala SERVQHOS

	CS
El interés del personal por los pacientes ha sido	.859
La información que dan a los familiares ha sido	.833
La información que proporcionan ha sido	.833
El interés del personal por solucionar los problemas de los pacientes ha sido	.831
El trato personalizado que se da a los pacientes ha sido	.829
La apariencia del personal ha sido	.828
La puntualidad de las consultas médicas ha sido	.824
La preparación del personal para realizar su trabajo ha sido	.822
La capacidad del personal para comprender las necesidades de los pacientes ha sido	.816
El interés del personal por cumplir lo que promete ha sido	.815
La disposición del personal para ayudarlo cuando lo necesita ha sido	.815
El estado en que están los consultorios de la clínica ha sido	.813
La amabilidad del personal en su trato con la gente ha sido	.812
La confianza que el personal transmite a los pacientes ha sido	.796
Las indicaciones y/o señalizaciones para orientarse y saber dónde iren la clínica han sido	.792
La facilidad para llegar al hospital ha sido	.792
El tiempo de espera para ser atendido por un médico ha sido	.791
La rapidez con que consigue lo que se necesita o se pide ha sido	.780
La tecnología de los equipos médicos para los diagnósticos y tratamientos ha sido	.772
Puntaje (M; DT)	72.6 (13.4)
Mínimo	32
Máximo	95
Asimetría (EE)	-.120 (.123)
Curtosis (EE)	-.925 (.246)
Fiabilidad	.974
% de varianza explicada	66.18

Nota: CS. Calidad del Servicio

Con estos resultados se puede decir que la percepción de una buena calidad del servicio está relacionada al interés, información proporcionada, buen trato, disposición, confianza, rapidez y tecnología que perciba el usuario.

Comparación clínicos vs administrativos

Al realizar comparaciones por puesto de trabajo (Clínico/Administrativo), contra las respuestas emitidas por los encuestados sobre calidad del servicio, se observó que no existen diferencias significativas en situaciones que se pudieran considerar objetivas (Tabla 3), pero llama la atención que en general los pacientes muestran mayor descontento con el personal del área clínica, en aspectos como el estado en que está el consultorio (12.2% vs 6.8%), el tiempo

de espera para ser atendido (5.6% vs 2.7%) y la información que proporcionan (7.8% vs 5.4%).

Tabla 3.
Respuestas a la escala de Calidad en el Servicio SERVQHOS.

Personal que lo atendió	Peor de lo que esperaba n (%)	Como lo esperaba n (%)	Mejor a lo esperado n (%)	Mucho mejor a lo esperado n (%)	χ^2	<i>p</i>
La facilidad para llegar a la clínica ha sido						
Clínico	14 (4.4)	114 (35.7)	113 (35.4)	78 (24.5)	0.663	0.882
Administrativo	2 (2.7)	29 (39.2)	25 (33.8)	18 (24.3)		
La tecnología de los equipos usados						
Clínico	4 (1.3)	100 (31.3)	144 (45.1)	71 (22.3)	0.687	0.876
Administrativo	1 (1.4)	20 (27.0)	34 (45.9)	19 (25.7)		
El estado en que están los consultorios						
Clínico	39 (12.2)	98 (30.7)	106 (33.2)	76 (23.8)	2.333	0.675
Administrativo	5 (6.8)	23 (31.1)	29 (39.2)	17 (23.0)		
Las indicaciones y señalizaciones para orientarse dentro de la clínica						
Clínico	15 (4.7)	99 (31.0)	130 (40.8)	75 (23.5)	1.231	0.746
Administrativo	3 (4.1)	19 (25.7)	31 (41.9)	21 (28.4)		
La puntualidad de las consultas médicas						
Clínico	15 (4.7)	109 (34.2)	114 (35.7)	81 (25.4)	6.294	0.178
Administrativo	4 (5.4)	21 (28.4)	37 (50.0)	12 (16.2)		
El tiempo de espera para ser atendido						
Clínico	18 (5.6)	105 (32.9)	120 (37.6)	76 (23.8)	1.284	0.864
Administrativo	2 (2.7)	26 (35.1)	27 (36.5)	19 (25.7)		
La preparación del personal para realizar su trabajo						
Clínico	9 (2.8)	105 (32.9)	123 (38.6)	82 (25.7)	1.324	0.723
Administrativo	1 (1.4)	21 (28.4)	30 (40.5)	22 (29.7)		
La información que proporcionan						
Clínico	26 (7.8)	101 (31.7)	112 (35.1)	80 (25.1)	4.274	0.370
Administrativo	4 (5.4)	18 (24.3)	35 (47.3)	17 (23.0)		
La información que dan a los familiares						
Clínico	9 (2.8)	107 (33.5)	125 (39.2)	78 (24.5)	0.868	0.833
Administrativo	1 (1.4)	23 (31.1)	32 (43.2)	18 (24.3)		
La apariencia del personal						
Clínico	8 (2.5)	98 (30.7)	136 (42.6)	77 (24.1)	0.843	0.841
Administrativo	1 (1.4)	20 (27.0)	34 (45.9)	19 (25.7)		
El interés del personal por cumplir lo que promete						
Clínico	36 (11.3)	95 (29.8)	116 (36.4)	72 (22.6)	3.384	0.496
Administrativo	6 (8.1)	16 (21.6)	32 (43.2)	20 (27.0)		
El interés del personal por solucionar los problemas del paciente						
Clínico	27 (8.5)	95 (29.8)	113 (35.4)	84 (26.3)	4.847	0.183
Administrativo	1 (1.4)	24 (32.4)	30 (40.5)	19 (25.7)		

Continúa

Tabla 3. (Continuación)

Personal que lo atendió	Peor de lo que esperaba n (%)	Como lo esperaba n (%)	Mejor a lo esperado n (%)	Mucho mejor a lo esperado n (%)	χ^2	<i>p</i>
La rapidez con que consigue lo que necesita						
Clínico	21 (4.7)	99 (31.0)	130 (40.8)	75 (23.5)	1.231	0.746
Administrativo	4 (4.1)	19 (25.7)	31 (41.9)	21 (28.4)		
La disposición del personal para ayudarlo cuando lo necesita						
Clínico	20 (6.3)	113 (35.4)	112 (35.1)	74 (23.2)	4.403	0.221
Administrativo	1 (1.4)	24 (32.4)	33 (44.6)	16 (21.6)		
La confianza que el personal transmite						
Clínico	9 (2.8)	125 (39.2)	103 (32.3)	82 (25.7)	1.577	0.665
Administrativo	2 (2.7)	24 (32.4)	29 (39.2)	19 (25.7)		
La amabilidad del personal en su trato						
Clínico	24 (7.5)	107 (33.5)	108 (33.9)	80 (25.1)	5.664	0.129
Administrativo	1 (1.4)	21 (28.4)	32 (43.2)	20 (27.0)		
El trato personalizado que se da a los pacientes						
Clínico	13 (4.1)	107 (33.5)	120 (37.6)	79 (24.8)	3.615	0.306
Administrativo	0 (0.0)	24 (32.4)	28 (37.8)	22 (29.7)		
La capacidad del personal para comprender la necesidades del paciente						
Clínico	7 (2.2)	103 (32.3)	127 (39.8)	82 (25.7)	2.557	0.465
Administrativo	0 (0.0)	28 (37.8)	26 (35.1)	20 (27.0)		
El interés del personal por el paciente						
Clínico	5 (1.6)	108 (33.9)	128 (40.1)	78 (24.5)	1.324	0.723
Administrativo	0 (0.0)	21 (28.4)	34 (45.9)	19 (25.7)		

En lo referente a situaciones subjetivas de la calidad del servicio no se encontraron diferencias significativas, pero si se observa que hay aspectos como el interés por cumplir lo prometido (11.3% vs 8.1%), solucionar los problemas del paciente (8.5% vs 1.4%), ayudar cuando se necesita (6.3% vs 1.4%), amabilidad (7.5% vs 1.4%), y trato personalizado (4.1% vs 0.0%) donde los encuestados reportan un peor servicio dado por el personal del área clínica.

Discusión y Conclusiones

El presente estudio pone de manifiesto que los perfiles encontrados son similares a los reportados en otras investigaciones (Gellatly et al. 2006; Meyer et al. 2012; Wasti, 2005). Se encontraron los grupos con CO moderado, CA dominante, bajo compromiso y No comprometido. Meyer y Herscovitch (2001) predijeron que estos componentes tendrían un efecto negativo en el compromiso. Debido a que involucran restricciones en el comportamiento,

afectando el compromiso del empleado o sienten que tienen que permanecer en la organización por la falta de mejores opciones. Por ello no se comprometen con la organización, sus metas y objetivos. Lo que influye en la calidad del servicio que se brinda y se manifiesta en lo reportado por los usuarios del hospital.

También se encontraron empleados con los perfiles CO total (13.3%) y CA y CN dominante (16.7%). Meyer et al., (2012) plantean que el perfil óptimo con fines de retención y desempeño en el trabajo sería uno con compromiso afectivo fuerte combinado con compromiso normativo y compromiso de continuidad débiles. Refiriéndose a este como un perfil dominante de compromiso afectivo (CA), y usando el término dominante de forma similar en otros marcadores de perfil para identificar el componente o componentes más fuertes (es decir, el que domina el perfil). Por lo tanto, los empleados con este perfil quieren permanecer en la organización y creen que es lo correcto, son felices, satisfechos, comprometidos y dispuestos a realizar un esfuerzo adicional en nombre de la organización. Aun cuando el porcentaje de empleados con este perfil es pequeño, se pudo observar la presencia de este perfil de empleados comprometidos con la organización. Lo que demuestra que los empleados pueden tener diferente tipo de razones por las cuales laborar y que estas afectarán a su desempeño y motivación.

Se pudo observar que las personas que se encuentran casadas o en unión libre, presentan mayores puntajes en compromiso afectivo y normativo, pero también muestran un puntaje ligeramente mayor en compromiso de continuidad. Esto puede deberse a que estas personas adquieren mayores responsabilidades relacionadas con la búsqueda de bienestar, estabilidad laboral y compromiso con sus parejas.

Aunque no obtuvimos diferencias estadísticamente significativas para probar la hipótesis planteada sobre la percepción de una mejor calidad del servicio por parte del personal del área clínica (medico, enfermera, laboratorista). Resalta que estos empleados muestran bajo compromiso a diferencia de los empleados administrativos. Las diferencias fueron mencionadas por los usuarios del hospital, sobre todo en tareas esenciales para un buen servicio y de calidad. Dando la impresión de que el personal clínico, denota una falta de interés por cumplir con lo que promete, solucionar el problema por el cual acude el paciente, ser amable, ayudar y brindar un trato personalizado, lo que pudiera afectar la asistencia y cumplimiento del paciente (Li et al., 2015). Todo esto

toma relevancia pues se sabe que es uno de los determinantes más importantes de la confianza del paciente y crea lazos fuertes entre el médico y paciente (Zarei et al., 2014), lo que refleja la importancia que tiene la comunicación para las personas atendidas en los hospitales privados.

El rendimiento del personal del área clínica depende de la eficacia y dedicación en el trabajo, lo que se ve reflejado en la forma en que atienden a sus pacientes. En el presente trabajo el perfil de compromiso presente en los trabajadores clínicos muestra que estos no tienen un compromiso adecuado con la organización, posiblemente se deba a que no es su fuente principal de ingresos y tienen poca antigüedad en la organización. Lo que favorece la aparición de desacuerdos e incompatibilidades con el trabajo que desarrollan, disminuyendo con esto el sentido de obligación moral y el vínculo emocional con el trabajo desempeñado. Por otra parte las escalas usadas muestran buenos valores tanto de fiabilidad, como de validez de constructo (calidad en el servicio). Por ello se puede decir que son buenos instrumentos para medir las variables investigadas (CO y Calidad en el Servicio).

Las limitaciones de este estudio se pueden enumerar de la siguiente forma: 1) el uso de escalas como las aplicadas se podría considerar una limitante, sin embargo los hallazgos encontrados han sido similares a los reportados en otros estudios; 2) el tamaño de la muestra de empleados, ya que al ser una muestra pequeña no se pudo apreciar de forma más robusta perfiles de compromiso organizacional que permitiera realizar análisis por perfil y determinar su influencia en la calidad del servicio brindada; 3) Los participantes del estudio son empleados de una organización que brinda un servicio y por lo tanto sus respuestas podría haber sido el resultado de su deseabilidad social. Esto podría explicar las diferencias observadas en los perfiles encontrados; 4) el hecho de que haya sido realizada en un hospital privado, no permite generalizar los resultados a otras muestras hospitalarias. En trabajos posteriores se debe considerar la participación de diferentes hospitales tanto públicos como privados.

Referencias

Aghamolaei, T., Eftekhaari, T. E., Rafati, S., Kahnouji, K., Ahangari, S., Shahzad, M. E., ... Hoseini, S. H. (2014). Service quality assessment of a referral hospital in Southern Iran with SERVQUAL technique: Patients' perspective. *BMC Health Services Research*, 14(1). <http://doi.org/10.1186/1472-6963-14-322>

- Aliman, N. K., & Mohamad, W. N. (2016). Linking Service Quality, Patients' Satisfaction and Behavioral Intentions: An Investigation on Private Healthcare in Malaysia. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 224, 141–148. <http://doi.org/10.1016/j.sbspro.2016.05.419>
- Araque Jaimes, D. L., Sánchez Estepa, J. M., y Uribe R., A. F. (2017). Relación entre marketing interno y compromiso organizacional en Centros de Desarrollo Tecnológico colombianos. *Estudios Gerenciales*, 33(142), 95–101. <http://doi.org/10.1016/j.estger.2016.12.005>
- Arciniega, L., (2006) ¿Cuál es la influencia de los valores hacia el trabajo en relación con otras variables en el desarrollo del compromiso organizacional? *Revista de Psicología Social*, 21, 35-50.
- Arun, G., Manjunath, S. J., & Chethan, K. C. (2012). Service Quality At Hospital – A Study Of Apollo Hospital In Mysore. *Journal of Business and Management*, 4(1), 1–7.
- Beatson, A., Lings, I. & Gudergan, S. (2008). Employee behavior and relationship quality: impact on customers. *The Service Industries Journal*, vol. 28(2), p. 211- 223
- Betanzos, N., & Paz, F. (2007). Análisis psicométrico del compromiso organizacional como variable actitudinal. *Anales de Psicología*, 23(2), 207–215. Retrieved from <http://digitum.um.es/xmlui/handle/10201/8132>
- Betanzos-Díaz, N., & Paz-Rodríguez, F. (2011). Compromiso organizacional en profesionales de la salud. *Revisión bibliográfica. Revista de Enfermería Instituto Mexicano del Seguro Social*, 19(1), 35–41.
- Cruz, R. J. (2000). Historia de la calidad. *Excellentia*, 8-14. Recuperado en línea de: http://docencia.fca.unam.mx/~lvaldes/cal_pdf/cal5.pdf
- Duque, O., (2005). Revisión del concepto de calidad del servicio y sus modelos de medición. En *Revista Innovar*, 24, 64-77.
- Freiberg-Hoffmann, A., Stover, J. B., de la Iglesia, G., & Fernández-Liporace, M. (2013). Correlaciones policóricas y tetracóricas en estudios factoriales exploratorios y confirmatorios. *Ciencias Psicológicas VII* (2), 151-164.
- Gellatly, I. R., Meyer, J. P., & Luchak, A. A. (2006). Combined effects of the three commitment components on focal and discretionary behaviors: A test of Meyer and Herscovitch's propositions. *Journal of Vocational Behavior*, 69, 331–345.
- Huang, H. & Chiu, C.K. (2006). Exploring customer satisfaction, trust and destinationloyalty in tourism. *Journal of American Academy of Business*, 10(1), 156-159.

- Kumaraswamy, S. (2012). Service Quality in Health Care Centres: An Empirical Study. *International Journal of Business and Social Science*, 3(16), 141–150.
- Li, M., Lowrie, D. B., Huang, C. Y., Lu, X. C., Zhu, Y. C., Wu, X. H., ... Lu, H. Z. (2015). Evaluating patients' perception of service quality at hospitals in nine Chinese cities by use of the ServQual scale. *Asian Pacific Journal of Tropical Biomedicine*, 5(6), 497–504. <http://doi.org/10.1016/j.apjtb.2015.02.003>
- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A., & Tomás-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada [Exploratory item factor analysis: A practical guide revised and updated]. *Anales de Psicología*, 30, 1151-1169.
- Meyer, J. P., & Herscovitch, L. (2001). Commitment in the workplace: Toward the general model. *Human Resource Management Review*, 11, 299–326.
- Meyer, J. P., Allen, N. J., y Smith, C. A. (1993). Commitment to organizations and occupations: Extension and test of a three-component conceptualization. *Journal of Applied Psychology*, 78(4), 538–551. <http://doi.org/10.1037/0021-9010.78.4.538>
- Meyer, J. P., Stanley, D. J., Herscovitch, L., & Topolnytsky, L. (2002). Affective, continuance, and normative commitment to the organization: A meta-analysis of antecedents, correlates, and consequences. *Journal of Vocational Behavior*, 61, 20–52.
- Meyer, J. P., Stanley, L. J. & Parfyonova, N. M. (2012). Employee commitment in context: The nature and implication of commitment profiles. *Journal of Vocational Behavior*, 80(1), 1-16. Doi: 10.1016/j.jvb.2011.09.005
- Meyer, J. y Allen, N. (1991). A three component conceptualization of organizational commitment, *Human Resource Management Review*, 1, 61-98.
- Mira JJ, Aranaz J, Rodríguez-Marín J, Buil JA, Castell M, Vitaller J. (1998). SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la asistencia hospitalaria. *Medicina Preventiva*, 4(4), 12-8.
- Mitropoulos, P., Vasileiou, K., & Mitropoulos, I. (2017). Understanding quality and satisfaction in public hospital services: A nationwide inpatient survey in Greece. *Journal of Retailing and Consumer Services*. <http://doi.org/10.1016/j.jretconser.2017.03.004>
- Navarrete-Navarro S, Gómez-Delgado A, Riebeling-Navarro C, López-García GA, Nava-Zavala A. (2013). La investigación sobre calidad de la aten-

- ción en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Estudio bibliométrico. *Salud Pública de México*, 55, 564-571.
- Nelson, E. C., Rust, R. T., Zahorik, A., Rose, R. L., Batalden, P., & Siemanski, B. A. (1992). Do Patient Perceptions of Quality Relate to Hospital Financial Performance? *Journal of Health Care Marketing*, 12(4), 6–13. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=buh&AN=9602262441&lang=de&site=ehost-live>
- Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry, L. (1988). SERVQUAL: A Multiple Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12-40.
- Ramseook-Munhurrun, P., Lukea-Bhiwajee, S. D., & Naidoo, P. (2010). Service quality in the public service. *International Journal of Management and Marketing Research*, 3(1), 37–50. <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Ruiz, C. (2001): “Gestión de la calidad del servicio”, *Control de Gestión* <http://www.5campus.com/leccion/calidadserv>
- Sohail, S. M. (2003). Service quality in hospitals: More favorable than you might think. *Managing Service Quality*, 13(3), 197–206.
- Solórzano, G. (2013). Importancia de la Calidad del Servicio al Cliente para el funcionamiento de las empresas. *El Buzón de Pacioli. Revista del Departamento de Contaduría y Finanzas publicada por el Instituto Tecnológico de Sonora*.
- Tountas Y., Lopatzididis A., & Houliara L. (2003). Degree of satisfaction among IKA beneficiaries concerning primary health care services offered. *Archives Hellenic Medicine*, 205, 497–503.
- Wasti Arzu, S. (2005). Commitment profiles: Combinations of organizational commitment forms and job outcomes. *Journal of Vocational Behavior*, 67(2), 290–308. <http://doi.org/10.1016/j.jvb.2004.07.002>
- Wellington, P. (1997). *Cómo brindar un servicio integral de atención al cliente*. Editorial McGraw-Hill. Caracas.
- Zarei, E., Arab, M., Tabatabaei, S. M. G., Rashidian, A., forushani, A. R., & Khabiri, R. (2014). Understanding Patients' Behavioral Intentions: Evidence from Iran's Private Hospitals Industry. *Journal of Health Organization and Management*, 28(6), 795–810. <http://doi.org/10.1108/JHOM-11-2012-0218>
- Zarei, E., Daneshkohan, A., Khabiri, R., & Arab, M. (2015). The Effect of Hospital Service Quality on Patient's Trust. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 17(1), e17505. <http://doi.org/10.5812/ircmj.17505>

LAS PRÁCTICAS PARENTALES COMO
PREDICTORAS DE LOS ESQUEMAS
MALADAPTATIVOS TEMPRANOS EN NIÑOS

PARENTING PRACTICES AS PREDICTORS
OF EARLY MALADAPTIVE SCHEMES IN
CHILDREN

DIANA BETANCOURT OCAMPO¹, TANIA ALEJANDRA NÚÑEZ GOYA,
GABRIELA GUERRERO MORENO, ALEJANDRA OROPEZA MARTÍNEZ Y
MARÍA PAMELA ROJAS DÁVILA
Universidad Anáhuac México Campus Norte

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue determinar el efecto de las prácticas parentales en el desarrollo de los esquemas maladaptativos tempranos en niños de 9 a 12 años de edad. Se seleccionó una muestra no probabilística de 400 niños (48.3% niños y 51.2% niñas), con un rango de edad fue de 9 a 12 años (M=9.92, DE=1.17). Se utilizó la Escala de Esquemas Maladaptativos Tempranos en niños de Pedroza (2014) la cual evaluó diez esquemas: privación emocional, defectuosidad, fracaso, vulnerabilidad, insuficiente autocontrol, grandiosidad, búsqueda de aprobación, subyugación, inhibición emocional y negatividad. Para evaluar las prácticas parentales se utilizaron seis dimensiones de la escala de Andrade y Betancourt (2008), tres evaluaron las conductas de la madre y tres del padre, las dimensiones utilizadas fueron: control conductual, control psicológico y apoyo. Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas en los esquemas maladaptativos entre niños y niñas. Además, se encontraron relaciones significativas entre los esquemas maladaptativos tempranos y las prácticas parentales. Los resultados de las regresiones indicaron que el control psicológico (materno y paterno) fue una variable predictora en los esquemas maladaptativos de los niños de 9 a 12 años de edad.

Palabras clave: *Prácticas parentales, Esquemas cognitivos, Niños, Padres, Adaptación.*

¹ diana.betancourt@anahuac.mx

Abstract

The purpose of this research consisted on a determination of the effect about parental practices on early maladaptive schemas on children between 9 and 12 years old. It was selected on a non-probabilistic test in which 400 children (48.3% boys and 51.2% girls), between an age range of 9 and 12 years old were involved (M=9.92, DE=1.17). It was used the Scale of Early Maladaptive Schemas in Children of Pedroza (2014) which evaluated ten schemas: emotional deprivation, defectiveness/ shame, failure to achieve/ vulnerability, insufficient self-control/ self-discipline, entitlement-grandiosity, approval seeking/ recognition seeking, subjugation, emotional inhibition, negativity-pessimism. Likewise, to evaluate the parental practices it was used six dimensions of the Scale of Andrade and Betancourt (2008), three assessed the behavior of the mother and three of the father, the dimensions used were: behavior control, psychological control and support. The obtained results showed statistically significant results on the early maladaptive schemas between boys and girls. Similarly, it was found significant relations between the early maladaptive schemas and the parental practices. Moreover, the regressions results showed that the psychological control (maternal and paternal) were a predictor variable in the maladaptive schemas in children between 9 and 12 years old.

Key words: *Parental Practices, Cognitive schemas, Children, Parents, Adaptation.*

Introducción

De acuerdo con Beck, Freeman y Davis (1995), el concepto de “esquema” tiene una historia relativamente extensa en la psicología, y se ha utilizado este concepto para designar las estructuras que integran y adscriben significado a los hechos. Además, los autores sugieren que las experiencias de la primera infancia modulan los esquemas básicos sobre el ambiente tanto interno como externo del individuo. En el campo de la psicopatología, el término “esquema” se aplica a estructuras con un contenido característico altamente personalizado, que se activan y se vuelven predominantes durante trastornos tales como: depresión, ansiedad, crisis de angustia y obsesiones. Cuando estos esquemas son hipervalentes (que están activados) desplazan y probablemente inhiben a otros que podrían ser más adaptativos o apropiados en una situación dada (Beck et al., 1995).

Por otro lado, Young (1999) plantea el concepto de esquemas maladaptativos tempranos, que se refiere al conjunto de creencias estables y duraderas que inician su desarrollo durante la infancia y se van elaborando a lo largo de la vida del individuo y que pueden considerarse como disfuncionales. Además, el autor sugiere la hipótesis de que la crianza de los padres y el vínculo con éstos juegan un papel clave en el desarrollo de los esquemas maladaptativos, es decir, aquellos individuos con necesidades emocionales centrales no satisfechas en la infancia junto con el tipo de temperamento del niño desarrollarán esquemas maladaptativos. En este mismo sentido, existe literatura que apoya la relación entre el apego con los padres y el desarrollo de esquemas maladaptativos, donde estilos de apego de tipo inseguro se asocian con altos puntajes en los diferentes esquemas propuestos por Young (Hoffart & Hoffart, 2016; Roelofs, Onckels & Muris, 2013; Simard, Moss & Pascuzzo, 2011).

Young (1999) inicialmente sugiere que son 11 esquemas cognitivos y posteriormente, sugiere siete esquemas más lo que da un total de 18 esquemas, en la Tabla 1 se describen cada uno de los esquemas.

Tabla 1.
Esquemas maladaptativos tempranos propuestos por Young.

	Esquema
Desconexión y rechazo	<p>Abandono/Inestabilidad. Creencia de que los demás no pueden dar un apoyo fiable y estable.</p> <p>Desconfianza/Abuso. Expectativa de que los demás hieran, humillen, engañen, manipulen o se aprovechen de la persona.</p> <p>Privación emocional. Creencia de una falta de logro de las necesidades de apoyo emocional, sobre todo, en relación a la atención-afecto, la empatía y la protección.</p> <p>Imperfección/Vergüenza. Sensación de imperfección, inferior e indeseable socialmente. Hipersensibilidad a la crítica, rechazos y culpa.</p> <p>Aislamiento social. Creencia de que el individuo no es parte del grupo o la comunidad, que se encuentra solo y que es diferente respecto a los demás miembros del grupo.</p>
Perjuicio a la autonomía y desempeño	<p>Dependencia/Incompetencia. Creencia de incompetencia y desamparo, por lo que el individuo necesita ayuda de los demás para funcionar.</p> <p>Vulnerabilidad. Miedo exagerado a que alguna catástrofe espontánea lleve en cualquier momento y el individuo no sea capaz de prevenirlo, como crisis médicas, emocionales o naturales.</p> <p>Enmarañamiento. Este tipo de individuos, se relacionan frecuentemente con personas significativas, a costa de su propio desarrollo, no consiguen desarrollar una identidad individual segura. En ocasiones se cuestionan su propia existencia.</p> <p>Fracaso. Visión de que ha fracasado en el pasado y continuará haciéndolo, debido a una ausencia de inteligencia, talento, etc.</p>
Límites inadecuados	<p>Grandiosidad. Creencia de superioridad a los demás, lo cual puede llevar a generar un individuo extremadamente competitivo o dominante.</p> <p>Autocontrol insuficiente/Autodisciplina. Este tipo de individuos no demuestran un autocontrol adecuado, pueden ser impulsivos, tener dificultades con la autodisciplina y tener problemas para controlar sus emociones.</p>
Tendencia hacia el otro	<p>Subyugación. Este tipo de individuos abandonan el control debido a sentimientos externos de coerción, además, esperan que los demás sean agresivos o los abandonen si expresan sus necesidades o sentimientos.</p> <p>Auto sacrificio. Aparece en individuos que descuidan sus propias necesidades de manera que pueden ahorrar el dolor a los demás.</p> <p>Búsqueda de aprobación. Estos individuos buscan ganar la aceptación de los demás, a costa del desarrollo de su propia identidad.</p>

Tabla 1. (Continuación).

	Esquema
Sobre vigilancia e inhibición	<p>Negatividad/Pesimismo. Son individuos que reflejan la atención sobre los aspectos negativos de la vida, así como la expectativa de que nada irá bien. Pesimismo omnipresente, tristeza y preocupación.</p> <p>Control excesivo/Inhibición emocional. Evitan la espontaneidad para mantener la sensación de que prevén y controlan sus vidas o para evitar la vergüenza.</p> <p>Normas inalcanzables/Perfeccionismo. Creencia de que el individuo debería cumplir con reglas rigurosas de actuación, auto puestas normalmente para evitar la crítica.</p> <p>Condena. Visión de que los individuos deberían de ser fuertemente castigados por sus errores. Son individuos que no toleran sus propios errores ni los de los demás.</p>

Gunty y Buri (2008) explican que son diversas las conductas de los padres que influyen en los pensamientos, comportamientos y emociones de los niños; es importante mencionar, que por mucho tiempo la mayoría de la investigación alrededor de la comprensión del efecto de las conductas de los padres sobre el desarrollo de los niños se centró en los estilos parentales, que de acuerdo con Darling y Steinberg (1993) se definen como una constelación de actitudes que son expresadas hacia los hijos y que como resultado crean un clima emocional en el que se dan las interacciones padres-hijos, además, los autores mencionan que estas actitudes pueden o no estar guiadas por objetivos de socialización claros; es por ello, que se considera que es más importante centrarse en el estudio de conductas parentales más que en las actitudes; de ahí que, en el presente estudio se analizarán las prácticas parentales, las cuales se refieren aquellos mecanismos que utilizan directamente los padres hacia las metas de socialización del hijo, las cuales pueden clasificarse en tres grandes categorías: apoyo, control conductual y control psicológico (Smetana, 2000).

El control conductual se define como el conjunto de reglas, límites, restricciones y regulaciones que los padres tienen para sus hijos y el conocimiento de sus actividades; su objetivo es la socialización y la regulación de la conducta (Zafropoulou & Avaginaou, 2014). Por lo que respecta al control psicológico, se refiere a la inhibición de expresiones de autonomía de un niño, dentro de las estrategias utilizadas en este tipo de control están: la inducción de culpa, comunicación restrictiva, la invalidación de sentimientos, la sobreprotección y la intrusividad (Steinberg, 1990). El apoyo parental se define como el grado en que los hijos se sienten aceptados y tomados en cuenta por sus padres y que ha mostrado una relación positiva con el bienestar de los hijos (Maccoby & Martin, 1983).

Young (1994) sugirió que las interacciones tempranas con los cuidadores (padres) contribuyen en el desarrollo de los esquemas cognitivos y éstos a su vez, son predictores de un adecuado ajuste en etapas posteriores. Harris y Curtin (2002) realizaron un estudio donde encontraron que la percepción de las prácticas parentales y los esquemas maladaptativos tempranos fueron predictores de sintomatología depresiva en población joven.

Por otro lado, Creveling, Varela, Weems y Corey (2010) realizaron un estudio donde analizan como los esquemas maladaptativos tempranos son mediadores entre el control psicológico materno y la ansiedad de niños, dentro de los hallazgos que encontraron estos autores, reportan correlaciones significativas entre el control psicológico materno y los esquemas de desconexión y rechazo y con el de prejuicio a la autonomía, donde los niños que percibieron que sus madres utilizan con mayor frecuencia estrategias tales como sobreprotección, inducción de culpa, entre otras, fueron quienes puntuaron más alto en los esquemas maladaptativos antes mencionados. Estévez y Calvete (2007) encontraron que los esquemas disfuncionales se asocian a prácticas parentales negativas como el rechazo y una baja autonomía y apoyo. Además, reportan que prácticas parentales como el control psicológico se asociaron a esquemas maladaptativos como desconexión y rechazo y de autonomía dañada.

En nuestro país, existen pocos estudios sobre los esquemas maladaptativos tempranos, uno de ellos es el de Vite y Pérez (2014) quienes realizaron una investigación donde evaluaron el papel mediador de los esquemas cognitivos y los estilos de crianza sobre problemas de comportamiento en niños, los resultados mostraron solo el esquema cognitivo de estándares inflexibles y la dimensión de castigo (de los estilos parentales) fueron las variables que explicaron la frecuencia con la que los niños presentan problemas de comportamiento. Asimismo, los autores mencionan que no encontraron una relación significativa entre los estilos parentales y los esquemas cognitivos y que esto podría deberse a que es muy complicado evaluar los estilos parentales de manera conjunta de ambos padres, ya que la madre se comporta de una forma y el padre de otra.

Como se puede observar, existe evidencia que sugiere el papel que juegan las prácticas parentales en los esquemas maladaptativos tempranos, no obstante, la gran mayoría son estudios que se han realizado en otros países, lo cual conlleva contextos socio-culturales distintos al de nuestro país, es por ello que el objetivo del presente estudio fue determinar el efecto predictivo de las prácticas parentales sobre los esquemas maladaptativos tempranos de niños entre 9 y 12 años de edad.

Método

Participantes

Se seleccionó una muestra no probabilística de 400 niños, de los cuales 48.3% fueron niños y 51.2% fueron niñas. El rango de edad es de 8 a 12 años, con una media de 9.92 años (DE=1.17). Los participantes fueron estudiantes de escuelas primarias públicas del Estado de México, 33.5% cursaban el cuarto grado, 31.8% quinto y 34.3% cursaban el sexto grado.

Instrumento

Se utilizó la Escala de Esquemas Maladaptativos Tempranos en niños de Pedroza (2014), la cual, es una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta (de Nunca a Siempre) con 47 reactivos que mide los esquemas maladaptativos propuestos por Young: privación emocional ($\alpha = .765$), defectuosidad ($\alpha = .696$), fracaso ($\alpha = .688$), vulnerabilidad ($\alpha = .601$), insuficiente autocontrol ($\alpha = .544$), grandiosidad ($\alpha = .511$), búsqueda de aprobación ($\alpha = .605$), subyugación ($\alpha = .528$), inhibición emocional ($\alpha = .583$) y negatividad ($\alpha = .666$).

También se utilizó la Escala de Prácticas Parentales de Andrade y Betancourt (2008), que es una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta (de Nunca a Siempre) con 34 reactivos que miden las prácticas parentales, tanto maternas como paternas. Las dimensiones de la subescala de la mamá fueron: control conductual ($\alpha = .773$), control psicológico ($\alpha = .687$) y apoyo ($\alpha = .802$); las dimensiones utilizadas de la subescala del padre fueron: control conductual ($\alpha = .902$), control psicológico ($\alpha = .773$) y apoyo ($\alpha = .932$).

Procedimiento

Se solicitó a las autoridades de las instituciones educativas su permiso para aplicar los instrumentos a los estudiantes dentro de sus instalaciones, quienes informaron por medio de una circular a los padres. Los instrumentos fueron auto-aplicables, los niños los respondieron de forma grupal. La participación de los menores fue voluntaria, en cada uno de los grupos se les explicó el objetivo de la investigación, se aclararon dudas de aquellos que las tuvieran, se les hizo hincapié en que la información proporcionada sería utilizada para fines de investigación y se les aclaró que en cualquier momento podían negarse a continuar con la aplicación.

Resultados

Se realizaron pruebas t de Student para muestras independientes para determinar las diferencias en los esquemas maladaptativos tempranos por sexo (Tabla 2). Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas solamente para el esquema de defectuosidad en donde los niños puntuaron más alto en comparación de las niñas. En los demás esquemas maladaptativos no se encontraron diferencias estadísticas significativas.

Para analizar la relación entre los esquemas maladaptativos tempranos y las prácticas parentales se realizaron correlaciones de Pearson, cabe señalar, que debido a que no se encontraron diferencias significativas en casi ninguno de los esquemas maladaptativos los siguientes análisis se realizaron con la muestra completa sin separar niños y niñas. Como se observa en la Tabla 3, los resultados mostraron que en cuanto al control psicológico materno, se encontraron correlaciones significativas en todos los esquemas; en donde los niños(as) al percibir mayor control psicológico por parte de la madre presentan una menor privación emocional y puntajes altos en los esquemas maladaptativos restantes. Por lo que se refiere al apoyo materno los resultados mostraron correlaciones significativas con los esquemas de fracaso y negatividad, donde los niños(as) que perciben un mayor apoyo de su mamá fueron quienes puntuaron más bajo en dichos esquemas. En el caso de control conductual materno, se encontró una correlación significativa con la negatividad, donde los niños(as) que perciben mayor control conductual por parte de la madre presentan altos puntajes en el esquema de negatividad.

Tabla 2.
Diferencias en los esquemas maladaptativos tempranos por sexo.

	Hombres		Mujeres		t	p
	M	DE	M	DE		
Privación emocional	1.90	.79	1.96	.88	-.719	.473
Defectuosiadad	1.66	.61	1.54	.57	2.08	.038
Fracaso	1.82	.59	1.76	.58	1.09	.275
Vulnerabilidad	2.24	.70	2.19	.72	.69	.485
Insuficiente autocontrol	2.00	.70	1.90	.63	1.49	.136
Grandiosidad	1.62	.68	1.49	.65	1.87	.062
Búsqueda de aprobación	2.14	.82	2.04	.78	1.27	.205
Subyugación	1.90	.61	1.80	.59	1.73	.083
Inhibición emocional	2.02	.69	2.00	.70	.24	.808
Negatividad	1.67	.68	1.60	.60	1.15	.249

En cuanto a los resultados de las prácticas parentales paternas, se puede observar en la Tabla 3 que los niños(as) que perciben mayor apoyo del papá fueron quienes puntuaron más bajo en el esquema de defectuosidad. Por lo que se refiere al control psicológico paterno, los resultados mostraron que los niños(as) que perciben que su padre realiza más conductas de este tipo fueron quienes presentaron altos puntajes en los esquemas de: privación emocional, defectuosidad, fracaso, insuficiente autocontrol, grandiosidad, inhibición emocional, subyugación y negatividad. Respecto al control conductual paterno, sólo se encontró una relación estadísticamente significativa con el esquema de defectuosidad, donde los niños(as) que perciben que sus padres los supervisan más fueron quienes presentaron puntajes más bajos en dicho esquema.

Tabla 3.
Correlación entre los esquemas maladaptativos tempranos y las prácticas parentales.

	Apoyo mamá	Control Conductua mamá	Control psicológico mamá	Apoyo papá	Control psicológico papá	Control conductual papá
Privación emocional	-.061	-.072	-.104*	.020	.174**	.008
Defectuosiadad	-.084	-.072	.323**	-.103*	.239**	-.101*
Fracaso	-.119*	-.079	.314**	-.059	.223**	-.045
Vulnerabilidad	.014	.049	.286**	-.005	.095	-.037
Insuficiente autocontrol	-.051	-.041	.315**	-.032	.192**	-.028
Grandiosidad	-.056	-.038	.294**	-.087	.156**	-.067
Búsqueda de aprobación	-.016	.054	.120*	.081	.061	.007
Subyugación	-.056	-.032	.380**	.051	.209**	-.041
Inhibición emocional	-.046	.018	.305**	-.062	.165**	-.092
Negatividad	-.126*	-.101*	.356**	-.044	.193**	-.036

Nota. * $p < .05$, ** $p < .001$

Para analizar el efecto de las prácticas parentales con los esquemas maladaptativos se realizaron regresiones múltiples paso por paso. Respecto a la privación emocional, los resultados mostraron que la única dimensión de las prácticas parentales que entró como variable predictora fue el control psicológico del padre [$F(1, 397) = 12.38, p < .001$] explicando un 3% de la varianza, es decir, que aquellos niños y niñas que perciben un mayor uso de estrategias de control psicológico por parte de su padre fueron quienes se asociaron a este tipo de esquema (ver Tabla 4).

Tabla 4.
Predictores del esquema de privación emocional.

	B	DE B	β	R ²
Paso 1. Control psicológico paterno .	.22	.06	.17**	.03**

** $p < .001$

Por lo que se refiere a la defectuosidad, los resultados mostraron que el control psicológico materno entró en el primer paso de la ecuación [$F(1, 397) = 46.22, p < .001$], en el segundo paso se agregó el control psicológico del papá con un incremento significativo [F incremental (2, 396) = 29.00, $p < .001$], en el tercer paso se añadió el apoyo parental como predictor, el incremento en R2 fue significativo [F incremental (3, 395) = 21.59, $p < .001$], en conjunto estas variables explicaron el 13% de la varianza del esquema de defectuosidad (ver Tabla 5).

Tabla 5.
Predictores del esquema de defectuosidad.

	B	DE B	β	R ²	ΔR^2
Paso 1. Control psicológico materno	.26	.05	.25**	.10**	
Paso 2. Control psicológico paterno	.17	.04	.20**	.12**	.02**
Paso 3. Apoyo paterno	-.06	.02	-.12*	.13*	.01*

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

En la Tabla 6 se pueden observar los resultados en cuanto al esquema de fracaso, donde el control psicológico materno entró como primera variable predictora [$F(1, 397) = 43.38, p < .001$] y se le agregó el control psicológico del padre, con un incremento en R2 significativo [F incremental (2, 396) = 26.41, $p < .001$], ambas variables explicaron el 11% del esquema estudiado.

Tabla 6.
Predictores del esquema de fracaso.

	B	DE B	β	R ²	ΔR^2
Paso 1. Control psicológico materno .	.28	.05	.27**	.19**	
Paso 2. Control psicológico paterno	.13	.04	.14**	.21*	.02*

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

Respecto a la vulnerabilidad, los resultados mostraron que la única dimensión de las prácticas parentales que entró como variable predictora fue el control psicológico de la madre [$F(1, 398) = 35.34, p < .001$] explicando un 8% de la varianza, es decir, que aquellos niños(as) que perciben un mayor

uso de estrategias de control psicológico por parte de su madre fueron los que puntuaron más alto en dicho esquema (Tabla 7).

Tabla 7.
Predictores del esquema de vulnerabilidad.

	B	DE B	β	R ²
Paso 1. Control psicológico materno	.36	.06	.28**	.08**

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

Con relación al insuficiente autocontrol, los resultados arrojaron que las dimensiones de las prácticas parentales que entraron como variables predictoras fueron en el primer paso, el control psicológico de la madre [$F(1, 398) = 43.77, p < .001$], en el segundo paso entró como variable predictora el control psicológico del padre, con un incremento en R2 significativo [F incremental (2, 397) = 24.62, $p < .001$], ambas variables explicaron el 10% del esquema de insuficiente autocontrol (ver Tabla 8).

Tabla 8.
Predictores del esquema de insuficiente autocontrol.

	B	DE B	β	R ²	ΔR^2
Paso 1. Control psicológico materno	.33	.06	.28**	.09**	
Paso 2. Control psicológico paterno	.11	.05	.11*	.10*	.01*

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

En la Tabla 9 se presentan los resultados respecto al esquema de grandiosidad, como se puede observar la única variable que entró como variable predictora fue el control psicológico de la madre [$F(1, 398) = 37.69, p < .001$], explicando un 8% de la varianza.

Tabla 9.
Predictores del esquema de grandiosidad.

	B	DE B	β	R ²
Paso 1. Control psicológico materno	.34	.05	.29**	.08**

** $p < .001$

Respecto a la búsqueda de aprobación, los resultados mostraron que el control psicológico materno explicó el 1% de la varianza de dicho esquema [$F(1, 398) = 5.80, p < .05$], donde los niños y niñas que percibieron un mayor uso de estrategias de control psicológico por parte de su mamá fueron quienes puntuaron más alto en este esquema maladaptativo (ver Tabla 10).

Tabla 10.

Predictores del esquema de búsqueda de aprobación.

	<i>B</i>	<i>DE B</i>	β	<i>R</i> ²
Paso 1. Control psicológico materno	.17	.07	.12*	.01*

* $p < .05$

Por lo que se refiere al esquema de subyugación, los resultados mostraron que el control psicológico materno entró en el primer paso de la ecuación [$F(1, 398) = 67.31, p < .001$], en el segundo paso entró el control psicológico del padre, con un incremento significativo [F incremental (2, 397) = 36.59, $p < .001$], en conjunto estas prácticas parentales explicaron el 15% de la varianza de la subyugación (ver Tabla 11).

Tabla 11.

Predictores del esquema de subyugación.

	<i>B</i>	<i>DE B</i>	β	<i>R</i> ²	ΔR^2
Paso 1. Control psicológico materno	.37	.05	.35**	.14**	
Paso 2. Control psicológico paterno	.10	.04	.11*	.15*	.01*

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

Como se observa en la Tabla 12, los resultados indicaron que el control psicológico de la mamá fue la única variable que entró en la ecuación [$F(1, 398) = 40.75, p < .001$] para explicar el esquema de inhibición emocional, explicando el 9% de la varianza de dicho esquema.

Tabla 12.

Predictores del esquema de inhibición emocional.

	<i>B</i>	<i>DE B</i>	β	<i>R</i> ²
Paso 1. Control psicológico materno	.37	.06	.30**	.09**

** $p < .001$

Por último, los resultados mostraron que el control psicológico materno fue la primera variable que entró como predictora [$F(1, 398) = 57.86, p < .001$] del esquema de negatividad, en el segundo paso entró como variable predictora el control psicológico del padre, con un incremento en R^2 significativo [F incremental (2, 397) = 31.22, $p < .001$], ambas variables explicaron el 13% de la varianza del esquema de negatividad (ver Tabla 13).

Tabla 13.

Predictores del esquema de negatividad.

	<i>B</i>	<i>DE B</i>	β	<i>R</i> ²	ΔR^2
Paso 1. Control psicológico materno	.37	.05	.33**	.12**	
Paso 2. Control psicológico paterno	.10	.05	.10*	.13*	.01*

* $p < .05$, ** $p < .001$ **Discusión y conclusiones**

La presente investigación analizó el papel predictivo de las prácticas parentales sobre los esquemas maladaptativos tempranos, los hallazgos mostraron que el control psicológico, tanto paterno como materno, fueron las variables predictoras de los diferentes esquemas evaluados, especialmente del esquema de fracaso ya que fue donde un mayor porcentaje de varianza fue explicado, éste se refiere a una visión de decepción tanto en el pasado como en la actualidad, al no poder cumplir con metas debido a una ausencia de inteligencia, talento, etc., es decir, aquellos niños y niñas que perciben una mayor sobreprotección, inducción de culpa, chantajes por parte de sus padres fueron quienes puntuaron más alto en dicho esquema.

Estos hallazgos concuerdan con lo reportado por Creveling et al., (2010) y por Estévez y Calvete (2007) quienes sugieren que el control psicológico se asocia con a categoría de esquema maladaptativo del prejuicio a la autonomía, que es la misma categoría del esquema de Fracaso que se encontró en el presente estudio; es decir, que las otras dos categorías de prácticas parentales (apoyo y control conductual) pareciera que no tienen un efecto tan significativo en el desarrollo de esquemas maladaptativos tempranos y que comportamientos como inducción de culpa, sobreprotección, chantaje, son aspectos que afectan de manera importante el desarrollo de este tipo de esquemas cognoscitivos, en especial, la madre juega un papel importante, lo cual, debe considerarse para el desarrollo de programas de escuela para padres.

Por otro lado, es importante mencionar que el estudio de Vite y Pérez (2014) que fue el único estudio encontrado en México sobre el tema, reporta que no encontraron asociaciones significativas entre los estilos parentales y los esquemas maladaptativos, lo cual, es parcialmente diferente a lo que se reporta en la presente investigación, no obstante, es importante aclarar que Vite y Pérez (2014) evalúan estilos y en este estudio se miden las prácticas parentales, lo cual, pareciera ser una variable más adecuada para dar datos más

puntuales, ya que en muchas ocasiones es complicado hablar de un estilo de comportamiento; además, Carlo, McGinley, Hayes, Batenhorst y Wikilson (2007) reportaron que es mejor estudiar prácticas parentales que estilos ya que se pueden aportar datos más puntuales y delimitar efectos predictivos más precisos, así mismo, es importante mencionar que en la presente investigación se evaluaron de manera independiente las conductas de la madre y del padre, lo cual aporta una ventaja sobre varios estudios que regularmente miden las prácticas parentales en conjunto (por ejemplo, Rijavec & Brajsa-Zcganec, 2001)

Cabe señalar, que un aspecto que deben considerar futuras investigaciones es la estrategia para medir los esquemas maladaptativos tempranos, ya que si bien, en el presente estudio se utilizó un instrumento diseñado en población mexicana (Pedroza, 2014), los índices psicométricos, específicamente la confiabilidad de tres de los esquemas maladaptativos tuvieron valores que pueden considerarse marginalmente aceptables, por lo cual se sugiere revisar el funcionamiento instrumento en otras muestras y tal vez con una versión un tanto más breve considerando la edad de la población. Además, se sugiere replicar los presentes hallazgos en otras muestras con un mayor número de participantes, así como de otros contextos, para ratificar el papel del control psicológico parental sobre el desarrollo de los esquemas maladaptativos tempranos.

A manera de conclusión, se puede mencionar que el presente estudio aporta elementos empíricos que permiten comprender el rol de las prácticas parentales sobre el desarrollo de los esquemas cognoscitivos de niños(as), específicamente pareciera que la madre juega un papel más importante que el del padre en el desarrollo emocional de sus hijos(as), lo cual podría utilizarse en el desarrollo de programas para favorecer el desarrollo psicológico de niños(as).

Referencias

- Andrade, P.P., & Betancourt, O.D. (2008). Prácticas parentales: Una medición integral (pp. 561-565). En: Rivera, A. S., Díaz-Loving, R., Sánchez, A. R., y Reyes, L. I. (Eds.) *La Psicología Social en México XII*, México: AMEPSO.
- Beck, A. T., Freeman, A., & Davis, D. D. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Barcelona: Paidós.

- Carlo, G., McGinley, H. Hayes, R., Batenhorst, C., & Wikilson, J. (2007). Parenting styles or practices? Parenting, sympathy, and prosocial behaviors among adolescents. *The Journal of Genetic Psychology*, 168(2), 147-176.
- Creveling, C. C., Varela, R. E., Weems, C. F., & Corey, D. M. (2010). Maternal control, cognitive style, and childhood anxiety: A test of a theoretical model in a multi-ethnic sample. *Journal of Family Psychology*, 24(4), 439. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0020388>
- Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin*, 113(3), 487-496. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.113.3.487>
- Estévez, A., & Calvete, E. (2007). Esquemas cognitivos en personas con conducta de juego patológico y su relación con experiencias de crianza. *Clínica y Salud*, 18(1), 23-43.
- Gunty, A., Buri, J. (2008). *Parental Practices and the Development of Maladaptive Schemas*. University of St. Thomas Ypung Scholar's Research Grant. Recuperado de: <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED502663.pdf>
- Harris, A. E., & Curtin, L. (2002). Parental perceptions, early maladaptive schemas, and depressive symptoms in young adults. *Cognitive Therapy and Research*, 26(3), 405-416.
- Hoffart L. S., & Hoffart, A. (2016). Perceived parental bonding, early maladaptive schemas and outcome in schema therapy of cluster c personality problems. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 23(2), 107-117.
- Maccoby, E. E., & Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. E. M. Hetherington (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology: Socialization, personality, and social development* (pp. 1-101). New York: Wiley.
- Pedroza, A. M. (2014). *Escala de Esquemas Maladaptativos tempranos en niños de 8 a 13 años (Tesis Maestría)*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rijavec M, Brajsa-Zcganec A, R. S. Z. (2001). The relation of parental practices and self-conceptions to young adolescent problem behaviors and substance use. *Nordic Journal of Psychiatry*, 55(3), 203-209.
- Roelofs, J., Onckels, L., & Muris, P. (2013). Attachment quality and psychopathological symptoms in clinically referred adolescents: The mediating role of early maladaptive schema. *Journal of Child and Family Studies*, 22(3), 377-385.
- Simard, V., Moss, E., & Pascuzzo, K. (2011). Early maladaptive schemas and child and adult attachment: A 15-year longitudinal study. *Psychology*

- and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 84(4), 349-366.
- Smetana, J. G. (2000). Middle-Class African American Adolescents' and Parents' Conceptions of Parental Authority and Parenting Practices: A Longitudinal Investigation. *Child Development*, 71(6), 1672-1686.
- Steinberg, L. (1990). Interdependence in the family: Autonomy, conflict, and harmony in the parent-adolescent relationship. In S. S. Feldman & G. R. Elliot (Eds.), *At the threshold: The developing adolescent* (pp. 255-276). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Vite, S. A., & Pérez, V. M. G. (2014). Mediación de los esquemas cognitivos maternos y estilos de parentales. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 32(3), 389-402.
- Young, J. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Young, J. E. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*, Rev. Practitioner's Resource Series. Sarasota, FL, US: Professional Resource Press.
- Zafropoulou, M., Avaginaou, P. (2014). Parental Bonding and Early Maladaptive Schemas. *Journal of Psychological Abnormalities in Children*, 3(1).

FACTORES DE RIESGO INDIVIDUAL ASOCIADOS AL ÍNDICE DE MASA CORPORAL DE ADOLESCENTES MUJERES.

INDIVIDUAL RISK FACTORS ASSOCIATED WITH THE BODY MASS INDEX OF FEMALE ADOLESCENTS.

MARISOL PARRAO LÓPEZ^{1*},
PATRICIA ANDRADE PALOS^{**} Y BETANCOURT OCAMPO DIANA*

*Universidad Anáhuac México Campus Norte

**Universidad Nacional Autónoma de México.

RESUMEN

El sobrepeso y la obesidad se componen básicamente de dos factores el tipo de alimentación y la actividad física (Anstadt, 2004). Entender que factores influyen en la conducta de alimentación resulta complejo; Birch y Fisher en 1998, señalaron que diversos factores median que una persona se alimente de manera saludable o no, así mismo Jessor (1991), afirma que, para entender una conducta es necesario analizar los factores que facilitan que la conducta aparezca y los factores que evitan el desempeño de la misma. En el caso del IMC, resulta importante entender cuáles son los factores de riesgo que incrementan la posibilidad de que una adolescente tenga sobrepeso u obesidad; de ahí que el propósito del presente estudio fue evaluar el nivel predictivo de los factores de riesgo a nivel individual propuestos por Jessor et al. (2010) en el Índice de Masa Corporal (IMC). Para ello, se seleccionó una muestra no probabilística de 484 adolescentes mujeres, estudiantes de una secundaria pública de la Ciudad de México, con un rango de edad de 12 a 16 años (M= 13.58; D.E.= 0.9). Para evaluar el IMC se midieron y pesaron a todas las adolescentes; para evaluar los factores de riesgo se utilizó el cuestionario de Jessor et al. (2010) "Adolescent Health and Development Questionnaire" y adaptado para población mexicana por Parrao (2016). Los resultados mostraron que los factores de riesgo que resultaron predictores de un IMC elevado fueron: ideal estético de delgadez, insatisfacción con el peso corporal y las conductas compensatorias.

Palabras Clave: *Factores de Riesgo, Obesidad, Mujeres, Adolescentes, Índice Masa Corporal*

¹ marisolparrao@yahoo.com.mx

Abstract

Overweight and obesity are basically composed of two factors: the type of diet and physical activity (Anstadt, 2004). Understanding which factors influence eating behavior is complex; Birch and Fisher (1998) pointed out that a variety of factors are associated with healthy eating or not, and is related to Jessor (1991) who states that in order to understand behavior it is necessary to analyze Factors that facilitate the behavior to appear and the factors that prevent the progress of the same. In the case of BMI, it is important to understand the risk factors that increase the possibility of a teenager being overweight or obese; Hence the purpose of the present study was to assess the predictive level of individual risk factors proposed by Jessor et al. (2010) in the Body Mass Index (BMI). For this purpose, a non- probabilistic sample of 484 female adolescents, students of a public secondary school in Mexico City, with a age range of 12 to 16 years ($M = 13.58$; $D.E. = 0.9$) was selected. To assess BMI, all adolescents were measured and weighed. To assess risk factors we used the questionnaire by Jessor et al. (2010) adapted for the Mexican population by Parrao (2016). The results showed that risk factors that were predictors of a high BMI were: aesthetic ideal of thinness, dissatisfaction with body weight and compensatory behaviors.

Key Words: *Individual Risk Factors, Body Mass Index, female adolescents*

Introducción

El problema de sobrepeso y obesidad ha ido en aumento durante los últimos años, siendo la población infantil y la femenina la más afectada, ya que en dichos grupos es donde se observan los mayores índices de incremento tanto de obesidad como de sobrepeso (World Health Organization, 2016). Según esta organización en el 2014, en el mundo el 39% de las personas adultas de 18 años o más tenían sobrepeso, y 13% eran obesas; cuando se estudian los niveles de obesidad y se comparan por sexo es posible observar que la población femenina es la que muestra mayor prevalencia de dicho padecimiento (World Health Organization, 2014).

Así mismo la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE, 2014), reporta que la mayoría de las personas en los países miembros de dicha organización padecen sobrepeso u obesidad, además dicho organismo reporta que los niveles de obesidad en México han aumentado rápidamente durante los últimos cinco años, al igual que para el resto de los países miembros, aunque éstos han registrado tasas más lentas que antes. La obesidad se ha mantenido prácticamente estable en Inglaterra, Italia, Corea, y los EE.UU.; en contraste se ha incrementado entre 2% y 3% en México, Australia, Canadá Francia, España y Suiza (OCDE, 2014).

Las consecuencias sociales y económicas de esta epidemia tienen costos elevados para los sistemas de salud, ya que en México se ha registrado un incremento del número de personas con enfermedades crónicas como la diabetes, las enfermedades del corazón y cáncer, en aquellos que padecen sobrepeso y obesidad. Lo que significa que, el impacto de la obesidad en los costos de salud en México se estima en cerca de 80 mil millones de dólares (Secretaría de Salud, 2016).

El Índice de Masa Corporal (IMC) es la medida poblacional más utilizada para calcular sobrepeso y obesidad; en primer lugar, por su facilidad para lograr la clasificación del peso y porque la forma de calcularlo no varía en función del sexo ni de la edad (World Health Organization, 1999).

De acuerdo con la Secretaría de Salud (2013), lo recomendado para un estado nutricional adecuado y por consecuencia para un buen estado de salud, es que el valor del IMC personal se encuentre dentro del rango especificado como normal, es decir, en valores que van desde 18.50 hasta 24.99,

ya que las personas que tienen un mayor IMC muestran mayores probabilidades de desarrollar las enfermedades asociadas al sobrepeso y a la obesidad (Secretaría de Salud, 2013). El sobrepeso y la obesidad se han identificado como fenómenos asociados a factores conductuales modificables, en donde una mala alimentación y la falta de actividad física, resultan ser las variables asociadas más importantes (Anstadt, 2004; Mokdad, Marks, Stroup y Gerberding, 2004; OCDE, 2014; World Health Organization, 2016; Secretaria de Salud, 2016).

La World Health Organization (2016) reportó que la prevención solo puede tener pleno efecto si las personas tienen acceso a un modo de vida sano. Por consiguiente, dicho organismo señala que es importante la creación de programas de prevención, basados en pruebas científicas con el fin de promover y desarrollar la actividad física periódica y las opciones alimentarias más saludables, para que estén disponibles a la población. Un ejemplo de una política de ese tipo es un impuesto sobre las bebidas azucaradas.

Jessor y Jessor (1977) proponen la Teoría de Conducta Problema, donde sugieren que el entorno psicosocial es el que explica la naturaleza y el desarrollo de las conductas. Esta visión psicosocial de conducta en los adolescentes, va más allá de lo genético y biológico, su base está en las características individuales y sociales, en donde se desarrolla dicho comportamiento. Jessor (1991) plantea que los factores de protección son aquellas situaciones individuales y contextuales cuya función es disminuir la probabilidad de involucrarse en alguna conducta problemática (o no deseada), ya que estos factores proveen los lineamientos para que la conducta sea positiva y pro social, como, por ejemplo: los logros académicos. En contraste los factores de riesgo son aquellas situaciones que aumentan la probabilidad de involucrarse en alguna conducta problemática, tales como: mayores oportunidades de consumo de alimentos chatarra, o menores oportunidades de desarrollar alguna actividad física.

Con el fin de explicar la conducta saludable, Donovan, Jessor y Costa (1991), Turbin, Jessor, Costa, Dong, Zhang y Wang (2006) y Jessor, Turbin y Costa (2010) adaptaron la teoría de la Conducta Problema. Los autores demostraron que dicha teoría es capaz de explicar tanto, el riesgo como la protección asociados a la conducta de alimentación y que por lo tanto los factores que afectan el IMC.

En cuanto a los factores de riesgo que han demostrado asociarse con una mayor probabilidad de presentar una conducta de alimentación no saludable y por lo tanto están asociados a un mayor IMC, existen estudios (por ejemplo, French, Perry, Leon, Fulkerson, 1996; González, Betancourt, Parrao, Solís, & Fernández- Varela, 2010; Goodman & Whitaker, 2002; McClure, Tanski, Kingsbury, Gerrard, & Sargent, 2010; Parrao, Andrade & Betancourt, 2014; Salvy et al., 2007) que reportan diferencias tanto en los factores que se asocian a la protección como aquellos que se asocian al riesgo, por sexo, incluso existen estudios que se enfocan en analizar uno solo de estos grupos especialmente a las mujeres, por ejemplo, (Behar & Valdés, 2009; Crawford, Khedkar, Flaws, Sorkin, & Gallicchio, 2011; Van Strien, Engels, Van Leeuwe, Snoek, 2005; Wallis & Hetherington, 2009).

Aunado a eso, podemos observar que Pankevich y Bale (2008), señalaron que existe una relación positiva entre el estrés y las conductas de sobre ingesta en mujeres; así mismo Mitchell y Epstein (1996) indicaron que periodos en donde se incrementa el estrés, las mujeres mostraban un aumento en la preferencia de alimentos dulces y alimentos con grasas saturadas. Otros autores confirman la relación entre estrés y alimentación, Wallis y Hetherington (2009) mostraron que, en población femenina adolescente, conforme aumentaba el estrés de las participantes, éstas incrementaron la frecuencia de ingesta así como la cantidad de consumo de alimentos y el consumo de calorías.

Otro de los factores de riesgo que se relacionan con el IMC son la imagen corporal y la insatisfacción con el peso, por ejemplo, la investigación de Saucedo-Molina y Unikel (2010) demostró que una mala imagen corporal incrementa significativamente el riesgo de desarrollar conductas alimentarias de riesgo; además dichas autoras demostraron que entre mayor sea la distancia entre el peso corporal real y la satisfacción con el peso, existirá mayor insatisfacción corporal y un mayor número de prácticas para bajar de peso, las cuales están asociadas a un incremento en el IMC. Estos datos coinciden con la investigación de Zaragoza, Saucedo-Molina y Fernández (2011) quienes encontraron que existe una relación entre un IMC elevado y la insatisfacción con la imagen corporal y de igual forma se relacionan con la investigación de Saucedo-Molina y Gómez-Péresmitré (1997) en cuanto a que afirman que una imagen corporal distorsionada está asociada a prácticas alimentarias de compensación para perder peso, tales como dietas, lo cual a su vez se asocia con un mayor IMC.

Así mismo las Conductas compensatorias han demostrado ser una variable que se asocia al IMC Saucedo-Molina y Unikel (2010) señalaron que existía una relación positiva entre el IMC y las practicas compensatorias tales como, ejercicio excesivo, el vómito auto-inducido, el uso de laxantes, ayunos, dietas y uso de diuréticos y se relaciona con la investigación de Sandberg, Dahl, Vedul-Kjelsås, Engum, Kulseng, Mårvik, Eriksen (2013) y la investigación de Devlin, Goldfein y Dobrown (2003) quienes reportan una relación entre el trastorno por atracón, las conductas compensatorias y el IMC.

Así que, con el fin de ampliar la investigación enfocada en los factores de riesgo para entender la obesidad y el sobrepeso, para contar con elementos que permitan diseñar programas de prevención efectivos para reducir el riesgo de enfermedades crónico degenerativas. El Objetivo de la presente investigación fue, evaluar los factores de riesgo a nivel individual propuestos por Jessor et al. (2010) y su relación con el IMC.

Método

Participantes

Se seleccionó una muestra no probabilística de 484 adolescentes mujeres, estudiantes de una secundaria pública de la Ciudad de México, con un rango de edad de 12 a 16 años ($M= 13.58$; $D.E.= 0.9$).

Instrumentos

Para obtener el IMC de las adolescentes, se les midió y pesó a cada una de ellas por dos nutriólogas capacitadas para tomar medidas antropométricas. Una vez obtenidos los datos, las nutriólogas realizaron un diagnóstico de peso para cada uno de los adolescentes, basado en los criterios específicos para este grupo de edad propuestos por la OMS.

Para medir los factores de riesgo se tomó el instrumento "Adolescent Health and Development Questionnaire", adaptado par población mexicana por Parrao (2016) y originalmente propuesto por Jessor, Dong, Zhang y Wong (2003) el cual evalúa los factores de riesgo asociados a la conducta saludable, el cual se compone de las escalas mostradas en la Tabla 1.

Tabla 1.

Escalas de Factores de Riesgo Individual.		
Escala	Reactivos	Alpha
Ánimo Deprimido	8	.917
Estrés	4	.678
Baja-Autoestima	5	.645
Bajas expectativas de éxito	7	.866
Ideal estético	4	.874
Alimentación de riesgo	5	.653
Conductas Compensatorias	7	.849
Atracones	6	.773

Procedimiento

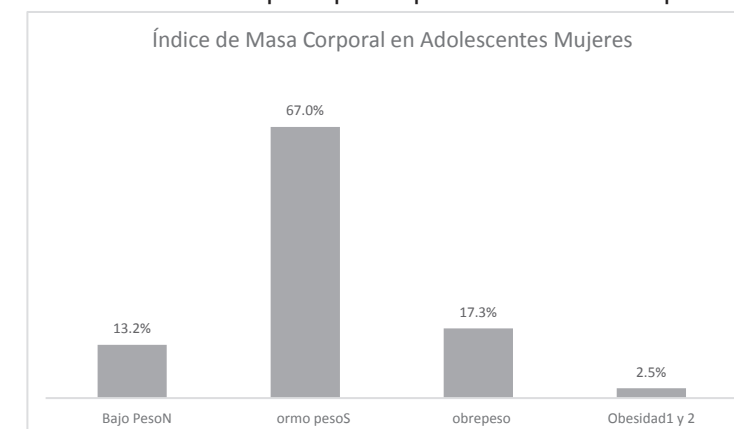
Se solicitó permiso a las autoridades escolares para aplicar el cuestionario en los salones de clase. Se envió un formato de consentimiento informado a los padres de familia, en el cual se notificaba el objetivo del estudio, la confidencialidad de la información obtenida y el procedimiento para obtener los datos, el instrumento fue auto-aplicable. A los estudiantes se les solicitó su participación voluntaria, se les garantizó el anonimato y se respondieron dudas de aquellos que así lo solicitaron.

Resultados

En relación al peso corporal de los adolescentes IMC, un poco más de la mitad de la población se encuentra en un rango de peso normal, seguido por el sobre peso, el bajo peso, obesidad tipo 1 y por último, obesidad tipo 2.

Gráfica 1.

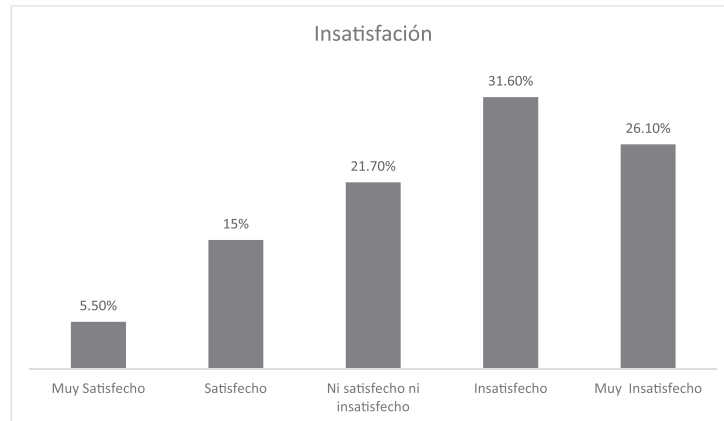
Distribución de las participantes por Índice de Masa Corporal.



Con referencia a la insatisfacción corporal un mayor porcentaje de mujeres está muy insatisfecha e insatisfecha con su peso.

Gráfica 2.

Distribución de las participantes por nivel de insatisfacción corporal.



Con el fin de observar qué factores predecían el IMC de las mujeres adolescentes se realizó un análisis de regresión lineal paso por paso. El IMC entró como variable dependiente y como variables independientes se incluyeron todas las variables que mostraron correlaciones significativas mayores a .20.

En la Tabla 1 se observa que, al modelo de regresión lineal por pasos, entró en primer lugar la dimensión de ideal estético de delgadez ($F(1, 396) = 15.29, p < .001$); en el segundo paso, ingresó al modelo la variable de insatisfacción con el peso corporal ($F(2, 395) = 13.16, p < .001$); para el tercer paso ingresó al modelo las Conductas compensatorias ($F(3, 394) = 11.40, p < .001$).

Tabla 2.

Análisis de regresión paso por paso para predecir IMC en las adolescentes mujeres.

Variable	B	SE B	β	R^2	R^2
Paso 1. Ideal estético de delgadez.	0.75	0.21	0.20	0.03**	
Paso 2. Insatisfacción con el peso corporal.	0.77	0.21	0.19	0.05**	.03**
Paso 3. Conductas compensatorias.	1.18	0.39	0.21	0.07**	.01*

Nota: ** $p < .00$

Discusión y Conclusiones

Diversos estudios (Basterra-Gortari, Bes-Rastrollo, Seguí-Gómez, Forga, Martínez, & Martínez-González, 2007; Lora-Cortez & Saucedo-Molina,

2006; Saucedo-Molina, Unikel, Villatoro & Fleiz, 2003; Ulloa, Sapunar, Bustos, Sáez, Asenjo, Taibo, & Cornejo, 2010; Unikel-Santoncini, Ocampo-Ortega, & Zambrano-Ruiz, 2009) indican que el auto-reporte del IMC, presenta un problema de baja objetividad, esto se debe a que cuando las personas deben indicar sus datos antropométricos, estas tienden a subestimar su peso y a sobre estimar su altura, esto podría explicarse por el ideal estético en nuestra cultura, donde el ser delgado es más aceptado que tener sobrepeso u obesidad. De ahí que, una ventaja de la presente investigación fue que para el segundo estudio se decidió medir y pesar directamente a los participantes, esto con el objetivo de contar con una medición más precisa.

En cuanto a la prevalencia de sobrepeso, los hallazgos encontrados en la presente investigación mostraron porcentajes ligeramente menores para mujeres 17.3% que lo reportado por la OCDE (2014), Secretaría de Salud (2013), WHO (2014) y Secretaría de Salud (2013), donde indican que en las mujeres existen tasas de prevalencia de un 23.3%. En el caso de la prevalencia para la obesidad los datos obtenidos en esta investigación 2.5% para mujeres; estuvieron muy por debajo de los datos nacionales en donde se reporta un 9.2% de incidencia, sin embargo, es importante señalar, que la presente investigación no se llevó a cabo con una población representativa de las adolescentes.

La primera variable que fue predictora del IMC fue el ideal estético, Saucedo-Molina y Unikel (2010) y Zaragoza et al., (2011) demostraron que en población mexicana una mala imagen corporal, incrementa significativamente el riesgo de desarrollar conductas de alimentación no apropiadas para las adolescentes mujeres y además se asocia con un incremento del IMC. Esnaola et al., (2010) y Van den Berg et al., (2010) demostraron que el ideal estético se asocia con una baja autoestima, así mismo la investigación de Moral y Meza (2012) demuestra que dicha variable se asocia con alteraciones afectivas, conductas ansiosas y problemas para tener relaciones sociales adecuadas con el grupo de pares, y que se relaciona con prácticas de alimentación poco saludables.

La segunda variable que ingreso al modelo para explicar el IMC fue insatisfacción con el peso, Saucedo-Molina y Gómez-Péresmitré (1997) demostraron que dicha variable se asocia directamente a prácticas de compensación para perder peso tales como dietas, las cuales a su vez están asociadas a un mayor IMC; así mismo Castejón Berengüi y Garcés (2016) concluyeron que hay una relación directa entre la insatisfacción con el peso y problemas emocionales tales como pensamientos obsesivos para disminuir el peso, baja au-

toestima y la insatisfacción corporal, y por otro lado asociada con trastornos tales como la bulimia.

Por último, la variable que ingreso al modelo para explicar el IMC fue conductas compensatorias, lo que concuerda con lo reportado por Lora Cortez y Saucedo- Molina (2006) quienes en su estudio probaron la relación entre el IMC y diversas conductas compensatorias, las cuales han sido asociadas a diversos problemas de salud.

Los resultados de la presente investigación aportan información relevante para comprender el problema de sobrepeso y obesidad en población femenina, sin embargo dentro de las limitaciones del estudio, podemos observar que no se cuenta con una muestra representativa, por lo cual no permite generalizar los datos; es necesario continuar con las investigaciones con el fin de crear programas de prevención efectivos para mantener a la población en índices de IMC saludables.

Referencias

- Anstadt, G. (2004). Modifiable Behavioral Factors as Causes of Death. *Journal of the American Medical Association*, 291(24), 2941.
- Basterra-Gortari, J., Bes-Rastrollo, M., Seguí-Gómez, M., Forga, L., Martínez, A., & Martínez- González, M. (2007). Tendencias de la obesidad, diabetes mellitus, hipertensión e hipercolesterolemia en España (1997-2003). *Medicina Clínica*, 129(11), 405-408.
- Behar, R., & Valdés, C. (2009). Estrés y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 47(3), 178-189.
- Birch, L., & Fisher, J. (1998). Development of eating behaviors among children and adolescents. *Pediatrics*, 101(2), 539-549.
- Castejon, M., Berengüi, R., & Garcés, E. (2015). Relación del índice de masa corporal, percepción de peso y variables relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 36(1), 54-63.
- Crawford, G., Khedkar, A., Flaws, J., Sorkin, J., & Gallicchio, L. (2011). Depressive symptoms and self-reported fast-food intake in midlife women. *Preventive Medicine*, 52(3), 254-257.
- Delvin, M., Goldfein, J., & Dobrow, I. (2003). What is this thing called BED? Current status of binge eating disorder nosology. *International Journal of Eating Disorders*, 34(S1), S2-S18.

- Donovan, J., Jessor, R., & Costa, F. (1991). Adolescent health behavior and conventionality- unconventionality: An extension of Problem-Behavior Theory. *Health Psychology*, 10(1), 52-61.
- Esnaola, I., Rodríguez, A., Goñi, A. (2010). Insatisfacción corporal y presión sociocultural percibida: diferencias asociadas al sexo y a la edad. *Salud Mental*, 33 (1), 21-29.
- French, S., Perry, C., Leon, G., & Fulkerson, A. (1996). Self-esteem and change in body mass index over 3 years in a cohort of adolescents. *Obesity Reviews*, 4(1):27-33.
- González, A., Betancourt, D., Parrao, M., Solís, C., & Fernández- Varela, H. (2010). Sintomatología depresiva y obesidad en jóvenes universitarios. *Revista Mexicana de Psicología Social*, 26(2) 27- 33.
- Goodman, E., & Whitaker, R. (2002). A prospective study of the role of depression in the development and persistence of adolescent obesity. *Pediatrics*, 109(3), 497-504.
- Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, 12(8), 597-605.
- Jessor, R., & Jessor, S. L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth*. New York: Academic Press.
- Jessor, R., Turbin, M., & Costa, F. (2010). Predicting developmental change in healthy eating and regular exercise among adolescents in China and the United States: The role of psychosocial and behavioral protection and risk. *Journal of Research on Adolescence*, 20(1), 707-725.
- Jessor, R., Turbin, M., & Costa, F. (2010). Predicting developmental change in healthy eating and regular exercise among adolescents in China and the United States: The role of psychosocial and behavioral protection and risk. *Journal of Research on Adolescence*, 20(1), 707-725.
- Lora-Cortez, C., & Saucedo-Molina, T. (2006). Conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal de acuerdo al índice de masa corporal en una muestra de mujeres adultas de la ciudad de México. *Salud Mental*, 29(3), 60-67.
- McClure, A., Tanski, S., Kingsbury, J., Gerrard, M., & Sargent, J. (2010). Characteristics associated with low self-esteem among US adolescents. *Academy Pediatric*, 10(4), 238-244.
- Mitchell, S., & Epstein, L. (1996). Changes in taste and satiety in dietary-restrained women following stress. *Physiology & Behavior*, 60(2), 495-499.
- Mokdad, A., Marks, J., Stroup, D., & Gerberding, J. (2004). Actual causes of death in the United States, 2000. *Journal of the American Medical Association*, 291(10), 1238- 1245.
- Moral, J., & Meza, C. (2012). Prediction of eating behavior alteration in Mexican women. *Salud Mental*, 35(6), 491-497.

- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos OCDE. (2014). La estrategia de México para hacer frente a la obesidad prometedora. Recuperado de: <http://www.oecd.org/centrodemexico/medios/laestrategiademexicoparahacerfrentealaobesidadesprometedoradicelaocde.htm>
- Pankevich, D., & Bale, T. (2008). Stress and Sex Influences on Food-seeking Behaviors. *Obesity Journal*, 16(7), 1539-1544.
- Parrao, M. (2016). Evaluación del modelo psicosocial de protección y riesgo en conducta de alimentación saludable. Recuperado de: http://oreon.dgbiblio.unam.mx/F/47LQ8SALJ5D5GR4YYV3NFSLP9S137FRND2JR4KH9K8BQBEXLK1-25788?func=full-set-set&set_number=011728&set_entry=000001&format=999
- Parrao, M., Andrade, P., & Betancourt, D. (2013). Los padres como modelos y controles de la conducta de alimentación de los jóvenes. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 16(1), 79-93.
- Salvy, S., Coelho, J., Kieffer, E., & Epstein, L. (2007). Effects of social contexts on overweight and normal-weight children's food intake. *Physiology and Behavior*, 92(5), 840-846.
- Sandberg, R., Dahl, J., Vedul-Kjelsås, E., Engum, B., Kulseng, B., Mårvik, R., & Eriksen, L. (2013). Health-Related Quality of Life in Obese Presurgery Patients with and without Binge Eating Disorder, and Subdiagnostic Binge Eating Disorders. *Journal of Obesity*, 2013 (878310), 1-7.
- Saucedo-Molina, T., & Gómez-Peresmitré, G. (1997). Validez diagnóstica del IMC (Índice de masa Corporal) en una muestra de adolescentes mexicanos. *Acta Pediátrica de México*, 18(3), 19-27.
- Saucedo-Molina, T., & Unikel, C. (2010). Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes hidalgüenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada. *Salud Mental*, 33(1), 11-19.
- Secretaría de salud. (2013). Índice de masa corporal. Recuperado de: http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dhg/INDICE_MASA_CORPORAL.pdf
- Secretaría de Salud. (2016). Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el Sobre peso y la Obesidad. Recuperado de: <https://www.insp.mx/noticias/nutricion-y-salud/149-80-mil-millones-de-pesos-costos-de-obesidad-y-sobrepeso.html>
- Turbin, M., Jessor, R., Costa, F., Dong, Q., Zhang, H., & Wang, C. (2006). Protective and risk factors in health-enhancing behavior among adolescents in China and the United States: Does social context matter?. *Health Psychology*, 25 (4), 445-454.

- Ulloa, N., Sapunar, J., Bustos, P., Sáez, K., Asenjo, S., Taibo, M., & Cornejo, A. (2010). Epidemiología del sobrepeso y obesidad infanto-juvenil en las comunas de concepción, coronel y Hualpen, VIII region de Chile. *Revista Médica de Chile*, 138(11), 1365-1372.
- Unikel-Santoncini, C., Ocampo-Ortega, R., & Zambrano-Ruiz, J. (2009). Exactitud del autorreporte de peso y talla en mujeres de 15 a 19 años del Estado de México. *Salud Pública*, 51(3), 194-201.
- Van den Berg P.A., Mond, J., Eisenberg, M., Ackard, D., Neumark-Sztainer, D. (2010). The link between body dissatisfaction and self-esteem in adolescents: similarities across gender, age, weight status, race/ethnicity, and socioeconomic status. *Journal Adolescents Healthy*, 47(3), 290- 296.
- Van Strien, T., Engels, R., Van Leeuwe, J., Snoek, H. (2005). The Stice model of overeating: Tests in clinical and non-clinical samples. *Appetite*, 45(3), 205-213.
- Wallis, D. y Hetherington, M. (2009). Emotions and eating. Self-reported and experimentally induced changes in food intake under stress. *Appetite*, 52(2), 355-362.
- World Health Organization (2014). Obesity and overweight. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index..html>
- World Health Organization. (1999). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. Recuperado de: http://books.google.com/books?id=AvnqOsqv9doC&printsec=frontcover&dq=Obesity:+Preventing+and+Managing+the+Global+Epidemic&source=bl&ots=6SK05n-V9N&sig=gvevxg6L80gh6FIVTAjs0Xw9QJQ&hl=es&ei=IXG2S53AD5CB_QaKpLGpDg&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=5&ved=0CCc-Q6AEwBA#v=onepage&q=&f=false
- World Health Organization. (2016). Obesidad y Sobrepeso . Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Zaragoza, J., Saucedo, T., & Fernández, T. (2011). Asociación de impacto entre factores socioculturales, insatisfacción corporal, e índice de masa corporal en estudiantes universitarios de Hidalgo. *Sociedad Latino*.

ASOCIACIÓN ENTRE LOS SÍNTOMAS DE TDAH, EL FUNCIONAMIENTO EJECUTIVO Y CALIFI- CACIONES EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

ASSOCIATION BETWEEN THE SYMPTOMS OF ADHD AND EXECUTIVE FUNCTIONING IN UNIVERSITY STUDENTS

ERNESTO REYES-ZAMORANO²

Universidad Anáhuac México Campus Sur

LINO PALACIOS CRUZ

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

RESUMEN

Se ha demostrado el impacto a lo largo de la vida del TDAH sobre el funcionamiento académico (FA), sin embargo los estudios que evalúan desempeño académico en universitarios con y sin TDAH muestran inconsistencia, una explicación podría ser los déficits en las funciones ejecutivas reportados en pacientes con TDAH. Evaluamos la asociación entre síntomas de TDAH, funcionamiento ejecutivo (FE) y promedio final del primer semestre en 207 sujetos (121F:86M Edad = 19.05 DE = 1.33) de nuevo ingreso a la universidad. Encontramos que los problemas en el FE asociados al TDAH son un buen predictor del promedio, pero sólo en hombres. En nuestro estudio, el ser mujer protege de algunos de los problemas en el FA asociados al TDAH adulto.

Palabras clave: *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, Funciones ejecutivas, Estudiantes universitarios, Rendimiento académico, Control emocional.*

¹ Los autores de este artículo quieren agradecer a las psicólogas: Luz Elena Paola Dirzo Bahena, Lucille Aboud Harfouch, Triana García Velez, Samantha Itzel González Nava, Melanie Malacara Aguilera y Karen Pérez Blasio por su apoyo en la realización de este estudio.

² ernesto.reyesz@anahuac.mx

Abstract

While ADHD's impact on academic functioning is well documented, there are still some inconsistencies in research on academic performance in college students with and without ADHD that might be explained by deficits in executive functioning. We evaluated the association between ADHD symptoms, executive functioning and grade average at the end of the first semester in 207 first year students (121F:86M, Mage = 19.05, DE = 1.33) in a private university. We found that the impairment associated with ADHD symptoms was a good predictor of grade average but only in males. Our results indicate that women may be protected against some of the academic impairment commonly associated with adult ADHD.

Key words: Attention Deficit Hiperactivity Disorder, Executive functions, College students, Academic performance, emotional control.

Introducción

El Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana en su cuarta edición (DSM-IV) define al Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) como un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que es más frecuente y severo de lo observado en individuos con un nivel de desarrollo similar (American Psychiatric Association, 2000). Estos síntomas deben también estar asociados con distintos déficits en el funcionamiento en los ámbitos social, incluyendo la conducta normada por reglas, académico y laboral (Barkley & Murphy, 2010; Bekle, 2004). Los cambios publicados recientemente en el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) como la adición de ejemplos a los criterios y el cambio en el umbral diagnóstico de 6 a 5 síntomas, refuerzan la postura de que es un trastorno del neurodesarrollo que continua en la mayor parte de los casos en la adultez. Se ha estimado que la prevalencia del TDAH en población general a lo largo de la vida es del 4.4% (Polanczyk, Silva de Lima, Lessa Horta, Biederman, & Rohde, 2007). Específicamente en universitarios las prevalencias van del 2.9% al 8.1% (DuPaul et al., 2001; Weyandt & DuPaul, 2006). En México, cifras oficiales muestran que 3 millones 274 mil jóvenes cursaron estudios a nivel universitario en el ciclo 2011-2012 por lo que arriba de 140 mil jóvenes mexicanos universitarios podrían estar afectados con este trastorno (Tuiran, 2012).

La evidencia recolectada hasta el momento dice que menos del 10% de la población diagnosticada en la infancia se recuperó funcionalmente en la adultez y que, desde la perspectiva del desarrollo, la expresión de estos síntomas cambia a través del tiempo (Russell A Barkley, Fischer, Smallish, & Fletcher, 2002; Biederman, Mick, & Faraone, 2000; Shekim, Asarnow, Hess, Zaucha, & Wheeler, 1990). Estudios realizados en escenarios comunitarios o clínicos utilizando autoreportes y/o reportes de un observador (por ejemplo los padres) confirman que existe una continuidad de los síntomas de inatención y una disminución aparente, de los síntomas de hiperactividad e impulsividad (Frazier, Youngstrom, Glutting, & Watkins, 2007).

En diversos estudios en población general (Biederman & Faraone, 2004; Biederman et al., 1995; Johnston & Mash, 2001; Langley et al., 2010), y en población universitaria (Baker, Prevatt, & Proctor, 2012; Reaser, Prevatt, Petscher, & Proctor, 2007), se ha demostrado ampliamente el impacto del TDAH a lo largo de la vida sobre distintas áreas del funcionamiento. Desde

temprana edad este trastorno contribuye a los problemas en el área escolar incluyendo un pobre desempeño en los exámenes, fallas para completar sus tareas, descuido en los trabajos y una escritura deficiente (Wolraich, 2005), y las dificultades en su desempeño académico de estos individuos continúan al llegar a la universidad (Barkley, Murphy, & Fischer, 2007). Al menos 2 estudios, muestran que aquellos sujetos con TDAH que fueron diagnosticados en la infancia, tuvieron un índice de ingreso significativamente menor a la universidad, cerca del 20%, comparado con sus controles que fue hasta del 78% (Barkley, Murphy, & Fischer, 2008; Weiss & Murray, 2003). Existen estudios que sugieren que los problemas de atención, más que los síntomas de hiperactividad/impulsividad, son un predictor fuerte del promedio final universitario, además de que se asocian con otros factores subyacentes como desorganización y falta de auto-regulación, estos dos últimos considerados dentro del perfil de desempeño ejecutivo (Barkley & Murphy, 2006; 2010; Barkley, Fischer, Smallish, & Fletcher, 2006; Schwanz, Palm, & Brallier, 2007)

Un caso especial parece ser el de los adultos con TDAH que no fueron diagnosticados en la infancia, ya que estos suelen no experimentar de manera explícita las dificultades académicas que padecen aquellos que si recibieron el diagnóstico en etapas tempranas. Algunos estudios han encontrado que los individuos que no fueron diagnosticados en la infancia tuvieron mayor probabilidad de haberse graduado de la educación media (Barkley et al., 2007), además de que tienen una frecuencia menor de trastornos del aprendizaje comórbidos (Togersen, Gjervan, & Rasmussen, 2006). Esto concuerda con las inconsistencias encontradas en los estudios que evalúan el desempeño académico entre estudiantes universitarios con y sin TDAH, por ejemplo, mientras Sparks, Javorsky y Philips (2005) no reportan diferencias, otros autores, como Heiligenstein, Guenther, Levy, Savino, & Fulwiler (1999), encontraron un patrón de pobre funcionamiento académico en aquellos que cumplían con los criterios para el TDAH. En un meta análisis sobre el rendimiento académico de pacientes con TDAH, Frazier, Youngstrom, Glutting, y Watkins (2007) encontraron un tamaño del efecto significativo entre sujetos con y sin el padecimiento ($R = 0.32$), sin embargo dicho efecto disminuía conforme aumentaba la edad de la muestra (Adultos = 0.26) y fue mucho más bajo para los estudiantes universitarios ($R = 0.21$).

Una forma de explicar dicha inconsistencia, entre el TDAH y el rendimiento académico, podrían ser los déficits en las funciones ejecutivas (FE) los cuales se han asociado de manera independiente con el bajo rendimiento

académico (Biederman et al., 2006). Las FE son un constructo neuropsicológico compuesto por múltiples habilidades cognitivas interrelacionadas y de alto nivel (Anderson, 2007) sobre las que se han propuesto diversos modelos teóricos y que han influenciado en gran medida la investigación y las prácticas clínicas en el TDAH. A pesar de que existe al menos un meta análisis que ha evaluado las FE en adultos con TDAH y que reporto efectos significativos para la fluidez verbal, la inhibición y la flexibilidad cognitiva (Boonstra, Oosterlaan, Sergeant, & Buitelaar, 2005), en general los resultados de la investigación en FE: 1) han sido inconsistentes con algunos estudios encontrando efectos débiles (Willcutt, Doyle, Nigg, Faraone, & Pennington, 2005); 2) no todos los estudios encuentran deficiencias en las mismas tareas o funciones (Seidman, 2006) y; 3) su utilidad diagnóstica es inconsistente (Holmes et al., 2010; Koziol & Budding, 2012).

En resumen, los estudiantes universitarios con TDAH, especialmente los no diagnosticados en la infancia, constituyen un grupo sobre el que se necesitan estudios que ayuden a comprender mejor los factores, como el funcionamiento ejecutivo, que contribuyen al éxito o el fracaso académico en este grupo (Frazier et al., 2007; Gropper & Tannock, 2009; Weyandt & DuPaul, 2006). Es por ello que el objetivo principal de nuestro estudio fue determinar si la presencia de síntomas de TDAH y/o los déficits en el funcionamiento ejecutivo se relacionaban con un bajo aprovechamiento académico en una muestra de estudiantes universitarios. De manera secundaria decidimos explorar si la asociación antes mencionada podría deberse a un efecto dependiente del sexo.

Método

Nuestro estudio cumple con los lineamientos del Código Deontológico y Bioético del Ejercicio de la Psicología en Colombia así como con los del Código Ético del Psicólogo de la Sociedad Mexicana de Psicología.

Participantes

En primer lugar se contactó a las autoridades de la institución para solicitar su aprobación para llevar a cabo el proyecto. Previa explicación de la naturaleza del proyecto y la obtención del consentimiento informado, se incluyeron todos los estudiantes de nuevo ingreso a los semestres de invierno de 2011 y de primavera de 2012 de una universidad privada al sur de la Ciudad de

México. Se evaluaron 259 sujetos entre 18 y 25 años, que ingresaron a uno de los 24 programas académicos (distribuidos en 10 escuelas) que oferta dicha universidad (Tabla 1).

Instrumentos

Síntomas de TDAH. Se utilizó la Escala de Autorreporte del TDAH en la vida adulta v1.1 (ASRS por sus siglas en Inglés: Adult ADHD Self-Report Scale Symptom Checklist) creada por la Organización Mundial de la Salud. La ASRS se compone de 18 preguntas que evalúan los síntomas del Criterio A del DSM IV (Kessler et al., 2005). Cada ítem se contesta de acuerdo a una escala tipo Likert de 5 niveles (de nunca a casi siempre) que mide la frecuencia con la que se presentan los síntomas y la respuesta a cada ítem se dicotomiza para evaluar la presencia o ausencia de cada síntoma. Las primeras seis preguntas de la escala conforman la versión corta (ASRSvc) que, de acuerdo a los autores, es un instrumento más eficiente para la detección de casos en población abierta. Existen traducciones del instrumento a diferentes idiomas, la versión en español ha sido validada tanto en población española (Pedrero-Pérez & Puerta García, 2007; Ramos-Quiroga et al., 2009) como en población mexicana (Reyes Zamorano et al, 2009; Reyes Zamorano, García Vargas & Palacios Cruz, 2013).

Tabla 1.
Datos por programa académico de los participantes

Escuela	Sexo	ASRSpta		FASCTptb		BRIEFegc		Promedio	
	M/H	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE
Actuaría y Finanzas	5 / 12	22.88	6.50	12.06	5.03	93.76	16.63	7.90	0.88
Arquitectura	3 / 8	24.00	8.63	14.64	6.23	99.82	13.17	7.88	1.22
Comunicación	28 / 13	28.34	8.08	17.80	7.66	107.00	18.17	8.75	0.64
Derecho	4 / 12	25.94	7.53	12.25	7.39	99.81	13.18	7.66	1.01
Diseño	20 / 2	25.82	7.30	15.86	5.86	103.59	12.10	7.63	0.94
Ingeniería	5 / 10	23.93	8.69	16.13	7.06	102.60	18.58	8.19	0.62
Negocios	27 / 18	25.98	8.40	14.58	6.35	103.38	20.58	7.84	0.95
Psicología	11 / 2	28.00	8.52	16.54	5.94	108.15	14.50	8.06	0.68
Relaciones Internacionales	8 / 4	27.42	8.15	17.08	6.53	107.33	20.40	8.28	0.99
Turismo y gastronomía	13 / 5	25.94	9.34	15.44	7.92	99.61	20.98	7.84	0.96
Sin dato	7 / 6	24.38	6.81	15.54	7.28	100.62	19.19	-	-

a Puntaje total en la ASRS. b Puntaje total en la FASCT. c Ejecución global en el BRIEF

Siguiendo la recomendación de Reyes Zamorano, García Vargas & Palacios Cruz (2013), se incluyó también la Escala de Tamizaje para TDAH en la vida adulta o "FASCT" (Almeida Montes, Friederichsen Alonso, Rodríguez Carranza, la Peña Olvera, & Cortés Sotres, 2006) que evalúa las alteraciones en el funcionamiento asociadas al TDAH, es decir los criterios C y D del DSM-IV y que ha demostrado ser una escala válida, confiable y que se relaciona altamente con el diagnóstico obtenido a través del Módulo de TDAH de la entrevista estructurada MINI-Plus ($r=0.82$); además posee valores adecuados de sensibilidad (80.36%) y especificidad (97.9%).

Funcionamiento ejecutivo. Se valoró mediante el Inventario para Evaluar la Conducta de la Función Ejecutiva (BRIEF por sus siglas en inglés: Behavior Rating Inventory of Executive Function, Gioia, Isquith, Guy, & Kenworthy, 2001). El BRIEF es una escala de autoreporte que evalúa la propia percepción de un adulto de sus funciones ejecutivas. Se compone de 75 ítems agrupados en nueve escalas clínicas derivadas empíricamente y que en teoría no se traslapan: inhibición, auto monitoreo, planeación y organización, cambio, iniciativa, monitoreo de tareas, control emocional, memoria de trabajo y organización de materiales. Estas nueve escalas clínicas se agrupan en dos índices (regulación conductual y metacognición) y un sumario general (Gioia, Isquith, Guy, & Kenworthy, 2000). Este fue adaptado para población universitaria en México por Jaimes, Tafoya, Barragán, Fouilloux y Ortiz (2010).

Procedimiento

La evaluación tuvo lugar durante el segundo día del curso de inducción a la universidad y se realizó de manera grupal en un auditorio. A los alumnos se les proporcionaron los instrumentos impresos en una hoja tamaño carta y se les pidió que contestaran las encuestas lo más honestamente posible. Todos los sujetos contestaron los instrumentos en menos de 20 minutos y estuvo siempre a su disposición personal relacionado con el estudio quienes podrían aclarar las dudas. Posteriormente, al terminar el primer semestre, se recolectaron los promedios finales obtenidos por los sujetos y se utilizaron como variable dependiente para los análisis.

Análisis estadístico

Los datos fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS v.18 para Windows. Para evaluar el impacto de la presencia de síntomas de TDAH (ASRS), las alteraciones que estos producen en el funcionamiento (FASCT)

y el funcionamiento ejecutivo (BRIEF) en las calificaciones, se realizaron dos regresiones lineales múltiples escalonadas una para hombres y otra para mujeres.

Resultados

Inicialmente evaluamos 259 estudiantes de nuevo ingreso, sin embargo 52 fueron eliminados. Quince dado que se dieron de baja antes de terminar el primer semestre y el resto por que omitieron responder a alguna de las preguntas de los cuestionarios. No se encontraron diferencias significativas entre los sujetos que fueron eliminados y los sujetos que permanecieron en la muestra en: sexo, el puntaje total de la FASCT, la ejecución global en el BRIEF o el promedio al finalizar el semestre. Sin embargo si se encontraron diferencias en edad $U = 559$ $Z = -9.05$ $p = 0.00$, los sujetos eliminados fueron mayores y obtuvieron un puntaje total menor en la ASRS $U = 2838$ $Z = -2.28$ $p = 0.02$.

De los 207 sujetos restantes 121 eran mujeres (58.65%) y 86 hombres (41.35%) el rango de edad fue de 18 a 25 años con una media de 19.05 (DE=1.33). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el promedio final del semestre entre hombres y mujeres, obteniéndose un mayor promedio en estas últimas $t = 3.18$ $p = 0.00$ (Tabla 2).

Tabla 2.
Datos por sexo de los participantes

	Mujeres (n = 121)		Hombres (n = 86)		Total (n = 207)		Diferencia
	M	DE	M	DE	M	DE	
Edad	18.83	1.28	19.27	1.41	19.00	1.36	
ASRSpt ^a	26.69	8.33	25.01	7.63	25.99	8.09	
FASCTpt ^b	15.81	7.20	14.64	6.19	15.32	6.82	
BRIEF							
Inhibición	12.23	2.65	12.06	2.48	12.16	2.58	
Cambio	8.66	2.09	8.48	1.80	8.58	1.98	
Control emocional	15.97	4.48	14.03	3.53	15.16	4.22	$t = 3.32$ $p = 0.00$
Automonitoreo	8.24	2.29	7.94	1.88	8.12	2.14	
Inicio	11.65	2.71	11.63	2.54	11.64	2.64	
Memoria de trabajo	11.52	2.67	11.13	2.33	11.36	2.54	
Monitoreo de tareas	14.77	3.54	14.35	2.51	14.59	3.16	
Organización de materiales	9.48	2.07	9.14	1.81	9.34	1.97	$t = 3.65$ $p = 0.00$
Regulación conductual	12.61	3.54	10.95	2.68	11.92	3.31	$t = 2.12$ $p = 0.04$
Metacognición	60.03	11.97	57.20	8.93	58.86	10.90	
Ejecución global	105.13	19.58	99.71	14.36	102.88	17.80	$t = 2.17$ $p = 0.03$
Promedio primer semestre	8.21	0.87	7.81	0.99	8.04	0.94	$t = 3.12$ $p = 0.00$

^a Puntaje total en la ASRS. ^b Puntaje total en la FASCT.

De acuerdo al procedimiento de calificación sugerido por Kessler et al. (2005) para la ASRS, 31 sujetos (14.90%) de la muestra, son considerados como posibles casos. Para la FASCT este número es de 34 sujetos (16.35%). Sin embargo, utilizando la combinación de ambas escalas propuesta por Autor (2013), sólo 14 alumnos (6.73%) clasifican como posibles casos TDAH (Tabla 3).

Tabla 3.

Número de probables casos de TDAH detectados por las escalas de tamizaje de acuerdo al sexo.

Escala	Mujeres	Hombres	Total	Diferencia
ASRSvc ^a	20	11	31	
ASRSvl ^b	69	37	106	
FASCT	26	8	34	$\chi^2 = 5.44$ $p = 0.02$
ASRSvc + FASCT	10	4	14	

^a Versión corta de la ASRS. ^b Versión larga de la ASRS.

No se encontraron diferencias entre el número de posibles casos detectados por la ASRS entre hombres y mujeres $\chi^2 = 0.52$ $p = 0.47$ ni entre los diferentes programas académicos $\chi^2 = 14.86$ $p = 0.73$. Tampoco se encontraron diferencias entre el número de posibles casos detectados por la FASCT entre los programas académicos $\chi^2 = 24.87$ $p = 0.17$, sin embargo, si se encontró que un número mayor de mujeres fueron clasificadas por la FASCT como posibles casos ($n = 26$) en comparación con los hombres ($n = 8$) $\chi^2 = 5.44$ $p = 0.02$.

Decidimos realizar por separado regresiones lineales escalonadas para hombres y para mujeres debido a que las mujeres obtuvieron calificaciones significativamente más altas que los hombres (Tabla 2). En el caso de las mujeres, la regresión lineal múltiple escalonada se detuvo en el primer modelo, por lo que sólo una variable, la subescala control emocional del BRIEF, fue considerada como un predictor significativo del promedio de primer semestre $R = 0.20$ $F = 7.59$ $p = 0.00$ y $b = 0.20$.

En el caso de los hombres, el modelo se detuvo después de dos pasos, por lo que el modelo final constó únicamente de 2 variables: Control emocional $t = 4.078$ $p = 0.00$ y el puntaje de la FASCT $t = -2.27$ $p = 0.03$. Este modelo fue estadísticamente significativo $F = 8.59$ $p = 0.00$ y predice el 17.1 % de la varianza del promedio académico del primer semestre $r = 0.41$.

Discusión y conclusiones

El objetivo principal de nuestro trabajo fue determinar si la presencia de síntomas de TDAH y/o los déficits en el funcionamiento ejecutivo se relacionaban con un bajo rendimiento académico en una muestra de estudiantes universitarios. Al respecto, no encontramos ninguna relación entre los síntomas de TDAH y el rendimiento académico, sin embargo si encontramos, para el grupo de hombres, una relación negativa entre el puntaje en la FASCT y el promedio. Este resultado podría confirmar la conclusión de Biederman et al (2002) quienes sugieren que, de existir fracaso académico en mujeres con TDAH, este ocurre por razones diferentes a los hombres. Estos autores evaluaron las diferencias entre hombres y mujeres con TDAH y encontraron que el género tiene un efecto modulador en la presentación de la entidad ya que las mujeres con la entidad tienen una menor probabilidad de presentar comportamiento disruptivo, trastornos del aprendizaje y fallas en el funcionamiento social.

Un punto a resaltar es que fue el puntaje de la FASCT y no el de la ASRS el que se asoció con el rendimiento escolar, pensamos que puede deberse por un lado a que la FASCT es una escala creada y validada en población mexicana y que de esta manera tendría una mayor sensibilidad para detectar las posibles manifestaciones sintomatológicas relacionadas con el TDAH. Una de las dificultades principales del DSM IV (en el cual se basa la ASRS) es que los criterios para el diagnóstico de TDAH son poco sensibles para detectar casos en la vida adulta, ya que los estudios de campo originales los validaron dichos criterios utilizando población escolar y predominantemente masculina (Ortiz León et al., 2009). Kessler et al. (2010) mostraron en su estudio de campo para el DSM V, que mientras los síntomas de inatención persisten con mayor frecuencia que los síntomas de hiperactividad/ impulsividad en los adultos con TDAH, estos no son específicos de este trastorno ya que se asocian fuertemente con otros trastornos mentales. Por su parte, los problemas en el funcionamiento ejecutivo parecen ser más específicos y mejores predictores del TDAH en la vida adulta.

Es este sentido, el otro predictor significativo en nuestro estudio de bajo rendimiento académico para los hombres y el único significativo para las mujeres, fue la subescala de control emocional del BRIEF, estos resultados sugieren que dicha dimensión podría ser más relevante para el desempeño escolar que el TDAH. Esta subescala evalúa las manifestaciones del fun-

cionamiento ejecutivo en la dimensión emocional, mide la habilidad de un individuo para controlar sus emociones y las puntuaciones altas refieren una mayor labilidad emocional, propensión a “explosiones” y respuestas de magnitud incongruente con el estímulo que las origina (Gioia et al., 2000). Se debe considerar que, dado que no se cuenta con una estandarización del BRIEF para población mexicana, los valores que utilizamos para los análisis estadísticos en este estudio, corresponden a puntajes directos lo que hace imposible establecer categorías diagnósticas. Esto quiere decir que otra forma de interpretar los resultados es que las mujeres con un control emocional promedio, obtienen mejores calificaciones que aquellas con un control emocional excesivo.

En ambos escenarios lo importante es analizar la relación entre el control emocional y el desempeño académico. Esta relación podría encontrarse en la motivación; ya que de acuerdo a Gross (1998) la relación entre el razonamiento y las emociones es responsable de motivar y sostener la conducta dirigida a metas. Pessoa (2009) sostiene que la motivación afecta al funcionamiento ejecutivo en dos niveles; en primer lugar, puede “afinar” aspectos específicos del funcionamiento ejecutivo, como el control de la atención (Engelmann & Pessoa, 2007) y en segundo lugar permite la redistribución de recursos cognitivos disponibles para el funcionamiento ejecutivo, con el fin de maximizar la posibilidad de obtener reforzadores. Desde esta postura el papel de la emoción y la motivación están muy vinculados, sin embargo el término emoción hace énfasis en el aspecto evaluativo de los estímulos y su potencialidad como reforzadores o castigos.

En el caso de nuestro estudio, es posible que un individuo con menor control emocional evalúa los estímulos con una mayor importancia que los sujetos con mejor control, lo que aumentaría la motivación. En el ambiente escolar, esto se podría aplicar a las calificaciones en exámenes o trabajos y quizás sea aún más evidente pues se trata de estudiantes de primer semestre. De ser este el caso, esto también explicaría la baja de asociación entre TDAH y rendimiento académico, pues de acuerdo al DSM-IV, los síntomas de TDAH pueden disminuir en situaciones de alta motivación. Una forma de analizar esta relación podría ser seguir a los sujetos evaluados en los años siguientes y analizar si, a medida que avanzan en su formación y disminuye la motivación inicial, aumenta la relación entre síntomas de TDAH y rendimiento académico.

Otra perspectiva al respecto es la de Biederman y cols (Biederman, Spencer, Lomedico, et al., 2012a; Biederman, Spencer, Petty, et al., 2012b) quienes señalan que las dificultades en el control emocional se relacionan con el hecho de que los síntomas del trastorno persistan en la edad adulta de este trastorno, el curso de la enfermedad sea más severo, se encuentre mayor comorbilidad y más problemas en el área social.

Las dos escalas utilizadas por separado para la evaluación de TDAH en este estudio detectaron un porcentaje de posibles casos muy alto (14.90% y 16.35% respectivamente) si se tiene en cuenta que, de acuerdo a Polanczyk et al (2007) la prevalencia mundial del trastorno es de 4.4%. Este resultado es esperado ya que las escalas de tamizaje usualmente aumentan el número de falsos positivos a costa de disminuir el número de falsos negativos.

Cuando establecimos el requisito de que para ser considerado como posible caso un sujeto debía salir positivo en ambas escalas, como lo sugerimos en otro estudio (Autor, 2013), obtuvimos una prevalencia estimada del 6.73% que está dentro del rango obtenido en otros estudios (DuPaul et al., 2001; Norvilitis, Sun, & Zhang, 2010). Nuestra propuesta es que la unión de estas dos escalas podría proporcionar una detección más certera de posibles casos de TDAH en población abierta dado que creemos que combina los criterios A, C y D del DSM-IV; es posible que, siguiendo la opinión de Kessler et al (2010) se podría obtener una mejor detección si se estableciera un índice compuesto con el inventario BRIEF o alguna otra escala de funcionamiento ejecutivo, sin embargo creemos que son necesarios estudios que comparen la combinación de estas escalas con una entrevista estructurada de fácil aplicación como lo es la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (Sheehan et al., 1998).

La ausencia de diferencias por género que nosotros obtuvimos a través de la aplicación de la ASRS es congruente con lo observado en la literatura, ya que, aunque la mayor prevalencia del TDAH en hombres parece un dato sólido en niños y adolescentes (American Psychiatric Association, 2000), esta diferencia tiende a disminuir en adultos y parece estar mediada por sesgos de referencia o diferencias en la comorbilidad (Ramtekkar, Reiersen, Todorov, & Todd, 2010). De hecho en muestras clínicas de adultos las diferencias en la prevalencia entre hombres y mujeres parecen no existir o estar atenuadas (Haavik, Halmøy, Lundervold, & Fasmer, 2010).

Por otro lado, si encontramos diferencias estadísticamente significativas en el número de casos detectados por la FASCT; esto significa que en nuestra muestra no existieron diferencias en el número de síntomas reportados por hombres y mujeres, pero si en las manifestaciones que estos tienen sobre el funcionamiento; más mujeres que hombres reportaron sufrir problemas comúnmente asociados al TDAH del adulto. Aunque algunos estudios en adultos han encontrado una mayor prevalencia en mujeres que en hombres (por ejemplo: Almeida Montes, Hernández García, & Ricardo Garcell, 2007; DuPaul et al., 2001; Faraone & Biederman, 2005; Kooij et al., 2004), ninguno de estos estudios ha reportado diferencias significativas. Específicamente DuPaul y cols (2001) encontraron que las mujeres en los Estados Unidos reportaron mayor sintomatología relacionada con TDAH comparado con los hombres de su país, caso contrario a lo que se encontró en países como Italia y Nueva Zelanda en donde la prevalencia fue mayor en hombres que en mujeres. Estos datos sugieren que algunos aspectos culturales y relacionados con el contexto seguramente influyen al momento de reportar los síntomas en hombres y mujeres.

Creemos que existen dos explicaciones posibles a por qué la FASCT detecta más casos en mujeres que en hombres. La primera es la posibilidad de que la FASCT sea más susceptible a detectar falsos positivos en mujeres que en hombres. Un dato a favor de esta explicación es el que la prevalencia de varios de los posibles trastornos confusores con el TDAH adulto es mayor en mujeres que en hombres, por ejemplo los trastornos de ansiedad, la depresión, el trastorno límite de personalidad y los trastornos del espectro bipolar (Stieglitz, 2010).

Otra explicación es que las mujeres con TDAH tengan mayores probabilidades de llegar a la universidad en comparación con los hombres. Este podría ser el caso de acuerdo al estudio de Biederman et al (2002) que reportó que el ser mujer tiene un efecto protector sobre los efectos en el funcionamiento global producidos por esta entidad y disminuye la probabilidad de que existan déficits en el funcionamiento ejecutivo. De hecho al menos uno de los estudios que han reportado un mayor número de casos en mujeres fue realizado en población universitaria (DuPaul et al., 2001), Aun son necesarios datos sobre las diferencias de género en el TDAH en estudiantes universitarios.

Un punto final que debe ser discutido, es que se ha señalado por distintos autores que a pesar de que existen dificultades documentadas sobre el des-

empeño interpersonal, laboral y académico, los individuos con TDAH con frecuencia realizan juicios demasiado positivos con respecto a su propia ejecución, este fenómeno se le ha dado el nombre de sesgo ilusorio positivo y es relevante para nuestro estudio, pues tanto la evaluación de las FE como la de TDAH se realizaron mediante autoreporte. De los instrumentos utilizados, sólo la FASCT ha mostrado una correlación adecuada con una entrevista diagnóstica realizada por un evaluador (Almeida Montes et al., 2006), es necesario realizar estudios similares con la ASRS y el BRIEF para evaluar el impacto que el sesgo ilusorio positivo podría tener en sus resultados.

Nuestro estudio aporta evidencia sobre que el ser mujer protege de algunos de los problemas en el funcionamiento académico asociados al TDAH adulto. Sin embargo, con excepción del control emocional, no encontramos una relación entre el funcionamiento ejecutivo, los síntomas de TDAH y el rendimiento académico. Creemos que la relación entre el promedio al final del primer semestre y el control emocional esta mediada por la motivación. Estudios posteriores podrían profundizar en esta relación y evaluar por un lado, la asociación entre el TDAH, las FE y el rendimiento académico a largo plazo y por el otro, el efecto del sesgo ilusorio positivo en los instrumentos autoaplicables de evaluación del TDAH y de las FE.

Referencias

- Almeida Montes, L. G., Friederichsen Alonso, A., Rodríguez Carranza, R., la Peña Olvera, de, F., & Cortés Sotres, J. (2006). Construcción, validez y fiabilidad de la escala de tamizaje FASCT para el trastorno por déficit de atención en adultos (versión autoaplicada y del observador). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 34(4), 231–238.
- Almeida Montes, L. G., Hernández García, A. O., & Ricardo Garcell, J. (2007). ADHD prevalence in adult outpatients with nonpsychotic psychiatric illnesses. *Journal of Attention Disorders*, 11(2), 150–156.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4 ed.). American Psychiatric Association. doi:10.1176/appi.books.9780890423349
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5 ed.). Arlington: American Psychiatric Association.
- Anderson, P. J. (2007). Towards a developmental model of executive function. In *Executive functions and the frontal lobe. A lifespan perspective* (pp. 3–22).

- Nueva York: Taylor & Francis.
- Reyes Zamorano, E., García-Vargas, K. L., & Palacios-Cruz, L. (2013). Validación-concurrente en población mexicana universitaria de la escala de autorreporte de TDAH en el adulto de la Organización Mundial de la Salud. *Revista De Investigación Clínica*, 65(1), 30–38.
- Baker, L., Prevatt, F., & Proctor, B. (2012). Drug and alcohol use in college students with and without ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 16(3), 255–263. doi:10.1177/1087054711416314
- Barkley, Russel A, Murphy, K. R., & Fischer, M. (2007). Adults with ADHD: Clinic-referred cases vs children grown up. *The ADHD Report*, 15(5), 1–813.
- Barkley, Russell A, & Murphy, K. R. (2006). Identifying new symptoms for diagnosing ADHD in adulthood. *The ADHD Report*, 14(4), 7–11.
- Barkley, Russell A, & Murphy, K. R. (2010). Impairment in occupational functioning and adult ADHD: the predictive utility of executive function (EF) ratings versus EF tests. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 25, 156–173. doi:10.1093/arclin/acq014
- Barkley, Russell A, Fischer, M., Smallish, L., & Fletcher, K. (2002). The persistence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(2), 279–289.
- Barkley, Russell A, Fischer, M., Smallish, L., & Fletcher, K. (2006). Young adult outcome of hyperactive children: adaptive functioning in major life activities. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(2), 192–202.
- Barkley, Russell A, Murphy, K. R., & Fischer, M. (2008). ADHD in adults: what the science says. The Guilford Press.
- Bekle, B. (2004). Knowledge and attitudes about Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): A comparison between practicing teachers and undergraduate education students. *Journal of Attention Disorders*, 7(3), 151–161. doi:10.1177/108705470400700303
- Biederman, J., & Faraone, S. V. (2004). Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A worldwide concern. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(7), 453–454.
- Biederman, J., Mick, E., & Faraone, S. V. (2000). Age-Dependent Decline of Symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Impact of Remission Definition and Symptom Type. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1–3.
- Biederman, J., Mick, E., Faraone, S. V., Braaten, E., Doyle, A., Spencer, T., et al. (2002). Influence of Gender on Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children Referred to a Psychiatric Clinic. *American Journal of Psychiatry*, 159(1), 36–42.
- Biederman, J., Milberger, S., Faraone, S. V., Kiely, K., Guite, J., Mick, E., et al.

- (1995). Impact of adversity on functioning and comorbidity in children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(11), 1495–1503. doi:10.1097/00004583-199511000-00017
- Biederman, J., Petty, C., Fried, R., Fontanella, J., Doyle, A. E., Seidman, L. J., & Faraone, S. V. (2006). Impact of psychometrically defined deficits of executive functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1730–1738.
- Biederman, J., Spencer, T. J., Lomedico, A., Day, H., Petty, C. R., & Faraone, S. V. (2012a). Deficient emotional self-regulation and pediatric attention deficit hyperactivity disorder: a family risk analysis. *Psychological Medicine*, 42(3), 639–646. doi:10.1017/S0033291711001644
- Biederman, J., Spencer, T. J., Petty, C. R., Hyder, L. L., O'Connor, K. B., Surman, C. B. H., & Faraone, S. V. (2012b). Longitudinal course of deficient emotional self-regulation CBCL profile in youth with ADHD: prospective controlled study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 8, 267–276. doi:10.2147/NDT.S29670
- Boonstra, A. M., Oosterlaan, J., Sergeant, J. A., & Buitelaar, J. K. (2005). Executive functioning in adult ADHD: a meta-analytic review. *Psychological Medicine*, 35(8), 1097–1108. doi:10.1017/S003329170500499X
- DuPaul, G. J., Schachar, R. S., Weyandt, L. L., Tripp, G., Kiesner, J., Ota, K., & Stanish, H. (2001). Self-Report of ADHD Symptoms in University Students: Cross-Gender and Cross-National Prevalence. *Journal of Learning Disabilities*, 34(4), 370–379.
- Engelmann, J. B., & Pessoa, L. (2007). Motivation sharpens exogenous spatial attention. *Emotion*, 7(3), 668–674. doi:10.1037/1528-3542.7.3.668
- Faraone, S. V., & Biederman, J. (2005). What is the prevalence of adult ADHD? Results of a population screen of 966 adults. *Journal of Attention Disorders*, 9(2), 384–391. doi:10.1177/1087054705281478
- Frazier, T. W., Youngstrom, E. A., Glutting, J. J., & Watkins, M. W. (2007). ADHD and achievement: Meta-analysis of the child, adolescent, and adult literatures and a concomitant study with college students. *Journal of Learning Disabilities*, 40(1), 1–18.
- Gioia, G. A., Isquith, P. K., Guy, S. C., & Kenworthy, L. (2000). Behavior rating inventory of executive function. *Psychological Assessment Resources*. Psychological Assessment Resources.
- Gioia, G. A., Isquith, P. K., Guy, S. C., & Kenworthy, L. (2001). Behavior Rating Inventory of Executive Function. *Child Neuropsychology*, 6(3), 235–238.

- Gropper, R. J., & Tannock, R. (2009). A Pilot Study of Working Memory and Academic Achievement in College Students With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 12(6), 574–581. doi:10.1177/1087054708320390
- Gross, J. J. (1998). The Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271–299.
- Haavik, J., Halmøy, A., Lundervold, A. J., & Fasmer, O. B. (2010). Clinical assessment and diagnosis of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Expert Reviews in Neurotherapy*, 10(10), 1569–1580. doi:10.1586/ERN.10.149
- Heiligenstein, E., Guenther, G., Levy, A., Savino, F., & Fulwiler, J. (1999). Psychological and academic functioning in college students with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of American College Health*, 47(4), 181–185. doi:10.1080/07448489909595644
- Holmes, J., Gathercole, S. E., Place, M., (null), Elliott, J. G., & Hilton, K. A. (2010). The Diagnostic Utility of Executive Function Assessments in the Identification of ADHD in Children. *Child and Adolescent Mental Health*, 15(1), 37–43. doi:10.1111/j.1475-3588.2009.00536.x
- Jaimes Medrano, A., Tafoya Ramos, S. A., Barragán Pérez, V., Fouilloux Morales, M., & Ortiz León, S. (2010). Funciones ejecutivas en estudiantes universitarios: adaptación de una escala. *Psiquis*, 19(1), 4–8.
- Johnston, C., & Mash, E. J. (2001). Families of children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4(3), 183–207. doi:10.1023/A:1017592030434
- Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E., et al. (2005). The World Health Organization adult ADHD self-report scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychological Medicine*, 35(2), 245–256. doi:10.1017/S0033291704002892
- Kessler, R. C., Green, J. G., Adler, L. A., Barkley, R. A., Chatterji, S., Faraone, S. V., et al. (2010). Structure and diagnosis of Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 67(11), 1168–1178.
- Kooij, S. J., Buitelaar, J. K., Van den Oord, E. J., Furer, J. W., Rijnders, C. A., & Houdiamont, P. P. G. (2004). Internal and external validity of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in a population-based sample of adults. *Psychological Medicine*, 34, 1–11. doi:10.1017/S003329170400337X
- Koziol, L. F., & Budding, D. (2012). ADHD and Sensory Processing Disorders: Placing the Diagnostic Issues in Context. *Applied Neuropsychology: Child*, 1–8. doi:10.1080/21622965.2012.709422
- Langley, K., Fowler, T., Ford, T., Thapar, A. K., van den Bree, M., Harold, G., et al.

- (2010). Adolescent clinical outcomes for young people with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 196, 235–240. doi:10.1192/bjp.bp.109.066274
- Norvilitis, J. M., Sun, L., & Zhang, J. (2010). ADHD symptomatology and adjustment to college in China and the United States. *Journal of Learning Disabilities*, 43(1), 86–94. doi:10.1177/0022219409345012
- Ortiz León, S., Lichinsky, A., Leopoldo, R., Sentías Castellá, H., Grevet, E. H., & Jaimes Medrano, A. (2009). Algoritmo de tratamiento multimodal para adultos latinoamericanos con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). *Salud mental*, 32(Supl 1), s45–s53.
- Pedrero-Pérez, E. J., & Puerta García, C. (2007). El ASRS v.1.1. como instrumento de cribado del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en adultos tratados por conductas adictivas: propiedades psicométricas y prevalencia estimada. *Adicciones*, 19(4), 393–408.
- Pessoa, L. (2009). How do emotion and motivation direct executive control? *TRENDS in Cognitive Sciences*, 13(4), 160–166. doi:10.1016/j.tics.2009.01.006
- Polanczyk, G., Silva de Lima, M., Lessa Horta, B., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and Meta-regression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164, 942–948.
- Ramos-Quiroga, J. A., Daigre, C., Valero, S., Bosch, R., Gómez-Barros, N., Nogueira, M., & Palomar, G. (2009). Validación al español de la escala de cribado del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adultos (asrs v.1.1): una nueva estrategia de puntuación. *Revista de Neurología*, 48(9), 448–452.
- Ramtekkar, U. P., Reiersen, A. M., Todorov, A. A., & Todd, R. D. (2010). Sex and age differences in Attention-Deficit/Hyperactivity disorder symptoms and diagnoses: Implications for DSM-V and ICD-11. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(3), 217–228.
- Reaser, A., Prevatt, F., Petscher, Y., & Proctor, B. (2007). The learning and study strategies of college students and ADHD. *Psychology in the Schools*, 44(6), 627–638. doi:10.1002/pits.20252
- Schwanz, K. A., Palm, L. J., & Brallier, S. A. (2007). Attention problems and hyperactivity as predictors of college grade point average. *Journal of Attention Disorders*, 11(3), 368–373. doi:10.1177/1087054707305155
- Seidman, L. J. (2006). Neuropsychological functioning in people with ADHD across the lifespan. *Clinical Psychology Review*, 26(4), 466–485. doi:10.1016/j.cpr.2006.01.004
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., et al. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.):

- The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(Suppl 20), 22–33.
- Shekim, W. O., Asarnow, R. F., Hess, E., Zaucha, K., & Wheeler, N. (1990). A clinical and demographic profile of a sample of adults with attention deficit hyperactivity disorder, residual state. *Comprehensive Psychiatry*, 31(5), 416–425. doi:10.1016/0010-440X(90)90026-O
- Sparks, R. L., Javorsky, J., & Philips, L. (2005). Comparison of the performance of college students classified as ADHD, LD, and LD/ADHD in foreign language courses. *Language Learning*, 55(1), 151–177. doi:10.1111/j.0023-8333.2005.00292.x
- Stieglitz, R.-D. (2010). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in adults: Diagnosis and prevalence. In W. Retz & R. G. Klein (Eds.), *Attention-Deficit Hiperactivity Disorder (ADHD) in adults* (pp. 105–125). Karger.
- Togersen, T., Gjervan, B., & Rasmussen, K. (2006). ADHD in adults: A study of clinical characteristics, impairment and comorbidity. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60(1), 38–43. doi:10.1080/08039480500520665
- Tuiran, R. (2012). La educación superior en México 2006-2012 (pp. 60–65). México DF: Milenio.
- Weiss, M., & Murray, C. (2003). Assessment and management of attention-deficit hyperactivity disorder in adults. *Canadian Medical Association Journal*, 168(6), 715–722.
- Weyandt, L. L., & DuPaul, G. J. (2006). ADHD in College Students. *Journal of Attention Disorders*, 10(1), 9–19. doi:10.1177/1087054705286061
- Willcutt, E. G., Doyle, A. E., Nigg, J. T., Faraone, S. V., & Pennington, B. F. (2005). Validity of the Executive Function Theory of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1336–1346. doi:10.1016/j.biopsych.2005.02.006
- Wolraich, M. L. (2005). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Among Adolescents: A Review of the Diagnosis, Treatment, and Clinical Implications. *PEDIATRICS*, 115(6), 1734–1746. doi:10.1542/peds.2004-1959.

ATRACTIVO DE LA EXTRAVERSIÓN, AMABILIDAD Y RESPONSABILIDAD EN UN INVENTARIO DE LOS CINCO GRANDES ADAPTADO

INTERPERSONAL ATTRACTIVENESS OF EXTROVERSION, AGREEABLENESS, AND CONSCIENTIOUSNESS IN AN ADAPTED BIG FIVE INVENTORY

MARCELO JOSÉ VILLARREAL COINDREAU¹, ROSA ELVIRA GÓMEZ ESTRADA, MARIOL NAME CANTÚ Y ALICIA TRUJILLO ARAGÓN
Universidad Anáhuac México Campus Norte

RESUMEN

Se adaptó el formato de respuesta de los reactivos para las escalas de Extraversión, Amabilidad y Responsabilidad del BFI (Big Five Inventory) desarrollado en la Universidad de California en Berkeley (Benet-Martínez, y John, 1998; John, Donahue, y Kentle, 1991; John, Naumann, y Soto, 2008), para medir el grado al cual los individuos con esos rasgos de personalidad son considerados atractivos por los demás. El nuevo formato de respuesta solicitó a los participantes indicar, para cada uno de 26 reactivos, qué tan atractiva les resulta una persona que presente la característica descrita en éstos, utilizando una escala de respuesta de cinco puntos, siendo 1 = Nada y 5 = Completamente. El nuevo instrumento, al que se le denominó BFI-3A, fue aplicado a una muestra de 299 estudiantes y se examinó la confiabilidad de las tres escalas de interés, encontrándose coeficientes alfa de Cronbach de 0.710, 0.656 y 0.710, para Extraversión, Amabilidad y Responsabilidad, respectivamente, y un coeficiente total para el instrumento de 0.826. Las respuestas fueron además analizadas para explorar, mediante ji cuadrada, el grado al cual las personas Extravertidas, Amables y Responsables resultan atractivas para los demás. Para este fin, cada una de las tres escalas fue dividida en igual número de grupos: bajo, medio y alto atractivo, obteniéndose diferencias estadísticamente significativas. El análisis a detalle de los datos mostró una mayor preferencia por quienes son altamente Amables, en primer lugar y después, altamente Extravertidos y Responsables. Estos resultados fueron consistentes con investigaciones anteriores.

Palabras Clave: *Personalidad, escalas de medición, atracción interpersonal, Cinco Grandes, percepción social.*

¹ majovicoin@gmail.com

Abstract

The response format of the items for the Extroversion, Agreeableness, and Conscientiousness scales of the Big Five Inventory (BFI), developed at the University of California at Berkeley (Benet-Martínez, & John, 1998; John, Donahue, & Kentle, 1991; John, Naumann, & Soto, 2008) was adapted to measure the extent to which individuals with those traits are found attractive by others. The new format asked participants to rate each of 26 items on a 5-point scale, with 1 = Nothing and 5 = Completely, to express how attractive they found a person with the characteristic described by the item. The new instrument, named BFI-3A, was applied to a sample of 299 students, and its reliability was tested. The results showed Cronbach alpha coefficients of 0.710, 0.656 and 0.710, for Extroversion, Agreeableness, and Conscientiousness, respectively, and a total Cronbach alpha of 0.826 for the instrument. The BFI-3A was then used to explore, through chi-square, the extent to which Extroverted, Agreeable, and Conscientious people are attractive to others. To this purpose, each scale was divided into three groups: low, medium and high attractiveness, and the chi-square results showed statistically significant differences. The detailed analysis of the data showed a greater preference for those who are high on Agreeableness, first and then, highly Extroverted and Conscientious. These results were consistent with previous research.

Key Words: Personality, measurement scales, interpersonal attraction, Big Five, social perception.

Introducción

Las personas tienden a sentirse atraídas hacia otras para formar amistades, grupos y parejas sentimentales y, desde hace mucho tiempo, diversos investigadores en diversos campos del conocimiento han intentado explicar qué características o situaciones hacen atractivas a las personas o generan sentimientos positivos hacia algunas de ellas y rechazo o neutralidad hacia otras más.

Entre estas características, algunos estudiosos se han enfocado en la personalidad de los individuos; es decir, la manera como tienden a actuar (Leal, F. Vidales y Vidales, 1997).

Entre los múltiples modelos de personalidad, uno de los más sólidos y estudiados científicamente es el de los Cinco Grandes factores propuesto, entre otros investigadores, por Costa y McCrae (1985, citados en McCrae y Costa, 1987) y Goldberg (1993). Con base en análisis factoriales, este modelo considera los siguientes rasgos como los más representativos y que mejor caracterizan a las personas: Apertura a la experiencia (O), Neuroticismo (N), Extraversión (E), Amabilidad (A) y Responsabilidad (C).

El primero de ellos hace referencia a características más bien individuales, tales como creatividad, curiosidad e imaginación, y el segundo, a nerviosismo, mal humor e inestabilidad emocional, e investigaciones previas han encontrado que se relaciona negativamente con la satisfacción interpersonal (Schaffhuser, Allemand y Martin, 2014).

Por el contrario, la Extraversión y la Amabilidad involucran directamente conductas interpersonales, en términos de su cantidad y calidad (Costa, McCrae y Dye, 1991). De manera específica, la Extraversión alude a la locuacidad, asertividad en la comunicación y nivel de actividad de las personas, en tanto la Amabilidad se refiere a su gentileza y calidez hacia los demás (Goldberg, 1993), así como a su altruismo (Costa et al.).

Finalmente, la Responsabilidad incluye la confiabilidad y esmero de las personas en la ejecución de tareas (Goldberg, 1993), así como a su presteza para el trabajo y su autodisciplina (Costa et al., 1991). Con ello, cabe esperar que la Responsabilidad resulte un rasgo atractivo en las relaciones interpersonales por su impacto en el cumplimiento de expectativas y obligaciones sociales.

Tomando en cuenta lo señalado en los párrafos anteriores, la investigación reportada en este documento se enfoca en estudiar si las personas Extravertidas, Amables y Responsables son atractivas para los demás.

Respecto de tal posible relación, estudios realizados con adolescentes de secundaria muestran que las personas con altas calificaciones en Amabilidad y Extraversión tienden a ser más aceptadas y exhiben mayor facilidad para realizar amistades. Así mismo, los individuos que puntúan alto en Amabilidad tienden a no ser victimizados (Jensen-Campbell et al., 2002).

Por otra parte, Jensen-Campbell y Malcolm (2007) presentan resultados que muestran que el proceso de autocontrol asociado con la Responsabilidad ayuda al desarrollo y mantenimiento de las relaciones en adolescentes, amistades de calidad y mayor aceptación entre sus pares.

En línea con lo anterior, Nikitin y Freund (2015) reportan una investigación con 83 sujetos en la que buscan identificar si la Amabilidad y la Extraversión influyen en que otras personas se acerquen o alejen de quienes presentan esos rasgos. Los resultados indican que los individuos se sienten atraídos a personas Amables y Extravertidas, aunque no evitan a quienes no presentan este último rasgo.

En el ámbito de las relaciones íntimas, Schaffhuser et al. (2014) reportan para 216 parejas, que la Amabilidad y la Responsabilidad, independientemente de si son medidas en términos de autopercepción, de la perspectiva de la pareja y de una meta-percepción, referida a la óptica personal de cómo uno es percibido por la pareja, están relacionadas con la satisfacción con la relación. Por su parte, la Extraversión presenta un resultado similar para la perspectiva de la pareja y la meta-percepción.

Por su parte, Campbell, Holderness y Riggs (2015) confirman que los participantes Amables, y Responsables experimentan “química de amistad”, que se refiere a la conexión emocional y psicológica entre dos individuos. Este fenómeno también se presenta con participantes con Apertura a la experiencia y algunos rasgos físicos en particular.

Usando una metodología diferente, basada en descripciones personales grabadas y la percepción de terceros, Back, Schmukle y Egloff (2010) examinan la influencia de la personalidad en la atracción al momento de conocerse.

Los resultados sugieren que los extravertidos son evaluados más positivamente en estos primeros juicios sobre las personas. Los investigadores interpretan este hallazgo en términos de la apariencia, expresión facial, firmeza en la voz, seguridad en movimientos y manera como se presentan las personas extravertidas.

Considerando los resultados de estos estudios, realizados en otros países, la presente investigación busca confirmar si se encuentran hallazgos similares en México.

Para fines de este documento y para facilitar la presentación de los objetivos, preguntas e hipótesis del estudio reportado, cabe señalar que los polos opuestos de la Extraversión, Amabilidad y Responsabilidad son la Introversión (Eysenck, 1947 citado en Digman, 1990), el Antagonismo y la Carencia de Dirección (McCrae y Costa, 1987), respectivamente.

El objetivo de la presente investigación es explorar si los estudiantes universitarios mexicanos encuentran atractivas a las personas que presentan rasgos de Extraversión, Amabilidad y Responsabilidad conforme al Modelo de los Cinco Grandes de la personalidad.

Los resultados de este estudio pueden contribuir a sentar las bases para una mayor inclusión de los individuos menos atractivos, así como orientar y fundamentar la formación en habilidades sociales relacionadas con los rasgos de personalidad estudiados. Esta posibilidad cobra mayor relevancia, considerando que la Extraversión, Amabilidad y Responsabilidad están relacionados también con el bienestar subjetivo (De Neve y Cooper, 1998); la satisfacción con la relación de pareja (Schaffhuser et al., 2014) y, en el caso de la similitud en Amabilidad entre profesores y estudiantes, con mejores estados de ánimo y un mayor aprendizaje (Varela, Carter y Michel, 2011).

Objetivos específicos

- Conocer si los estudiantes universitarios encuentran más atractivas a las personas Extravertidas (que a las Introvertidas).
- Identificar si los estudiantes universitarios encuentran más atractivos a los individuos Amables (que a los Antagonistas).
- Examinar si los estudiantes universitarios encuentran más atractivas a las personas Responsables (que a las Carentes de Dirección).

Preguntas de investigación

¿Encuentran los estudiantes universitarios más atractivas a las personas que muestran mayor Extraversión, Amabilidad y Responsabilidad por encima de las Introversas, Antagonistas y Carentes de Dirección?

Hipótesis

Hipótesis general

Hipótesis nula general: Los estudiantes universitarios no encuentran más atractivas a las personas Extraversas, Amables y Responsables que a las Introversas, Antagonistas y Carentes de Dirección.

Hipótesis alternativa general: Los estudiantes universitarios encuentran más atractivas a las personas Extraversas, Amables y Responsables que a las Introversas, Antagonistas y Carentes de Dirección.

Hipótesis específicas

- Ho1: Los estudiantes universitarios no encuentran más atractivas a las personas Extraversas que a las Introversas.
- H11: Los estudiantes universitarios encuentran más atractivas a las personas Extraversas que a las Introversas.
- Ho2: Los estudiantes universitarios no encuentran más atractivas a las personas Amables que a las Antagonistas.
- H12: Los estudiantes universitarios encuentran más atractivas a las personas Amables que a las Antagonistas.
- Ho3: Los estudiantes universitarios no encuentran más atractivas a las personas Responsables que a las Carentes de Dirección.
- H13: Los estudiantes universitarios encuentran más atractivas a las personas Responsables que a las Carentes de Dirección.

Método

Participantes

Se seleccionó una muestra no probabilística de 299 estudiantes, de los cuales 28.1% fueron hombres y 71.9%, mujeres, de diferentes licenciaturas de una Universidad privada en Huixquilucan, Estado de México. El 42.1% fue-

ron estudiantes de psicología; 9.7%, de Medicina; 8.0%, de Responsabilidad Social; 6.4%, de Economía y Negocios y 33.8%, de otras carreras.

Instrumento

En esta investigación, se eligió como punto de partida el Big Five Inventory (BFI), Inventario de los Cinco Grandes, desarrollado en la Universidad de California en Berkeley (Benet-Martinez y John, 1998; John, Donahue, y Kentle, 1991; John, Naumann, y Soto, 2008 y John y Srivastava, 1999). A partir del mismo, se elaboró un instrumento que retomó los reactivos originales de Extraversión, Amabilidad y Responsabilidad, modificando la escala, a fin de medir el grado de atracción generado por quienes presentan cada una de las características señaladas en dichos reactivos.

El instrumento tiene 26 reactivos en total, de los cuales ocho corresponden a la Escala de Extraversión, nueve a la de Amabilidad y otros nueve, a la de Responsabilidad. Las instrucciones solicitan que los participantes señalen a qué grado les resultan atractivas las personas que presentan la característica descrita en el reactivo al que están respondiendo, utilizando una escala de cinco puntos, siendo 1 = "Nada" y 5 = "Completamente".

Los reactivos de la versión en inglés del BFI usados son:

- Para Atracción a personas Extraversas: 1, 6R, 11, 16, 21R, 26, 31R, 36.
- Para Atracción a personas Amables: 2R, 7, 12R, 17, 22, 27R, 32, 37R, 42.
- Para Atracción a personas Responsables: 3, 8R, 13, 18, 23R, 28, 33, 38, 43R.

En todos los casos, la R después del número indica que el reactivo se califica de manera inversa.

Las escalas se formaron sumando sus respectivos reactivos e invirtiendo la calificación de los que la versión original sugería, con base en su contenido y redacción. Por simplicidad, se denominará en adelante a estas escalas: Extraversión, Amabilidad y Responsabilidad, si bien es importante tener presente que se trata de escalas de atracción a personas con esos rasgos y no, de mediciones de personalidad.

Con base en lo anterior, se denominó al nuevo instrumento BFI-3A. Los análisis de confiabilidad para el total de reactivos, así como para las escalas

de Responsabilidad y Extraversión mostraron coeficientes alfa de Cronbach satisfactorios, como se muestra en la Tabla 1, mientras que el coeficiente para la escala de Amabilidad fue más bajo, por lo que es importante mostrar cautela en la interpretación de sus resultados.

Tabla 1.
Análisis de confiabilidad (N = 299)

Factor	Número de reactivos	Alfa de Cronbach (Prueba final)
Extraversión	8	.710
Amabilidad	9	.656
Responsabilidad	9	.710
Total	26	.826

Fuente: Elaboración propia

Procedimiento

El instrumento se aplicó de manera individual y anónima, con el consentimiento de las y los estudiantes. Se informó que las respuestas proporcionadas en el instrumento serían usadas sólo para fines de la investigación. Se les brindó instrucciones del instrumento y se les indicó que en caso de dudas se les aclararía. Se hizo hincapié en la sinceridad de las respuestas.

Resultados

Se analizó inicialmente la correlación entre escalas, obteniéndose los siguientes resultados:

Tabla 2.
Correlación de Pearson (N = 299)

	Extraversión	Amabilidad	Responsabilidad
Extraversión	1	.436**	.355**
Amabilidad		1	.481**
Responsabilidad			1

** p < 0.01

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 2, se identifica que hay una relación positiva estadísticamente significativa entre los distintos factores y, en particular entre Amabilidad con Responsabilidad y con Extraversión. Es interesante notar que, no obstante, la primera correlación, las dos variables involucradas presentan coeficientes diferenciados con Extraversión. En breve, parece haber atracción hacia personas que muestran tanto Amabilidad como Responsabilidad.

Adicionalmente, con la finalidad de verificar con mayor precisión las hipótesis nulas, se dividió los resultados en tres grupos (bajo, medio y alto), como sigue:

Tabla 3.
Clasificación en intervalos.

	Extraversión	Amabilidad	Responsabilidad
Alto	8 a 18	9 a 20	9 a 20
Medio	19 a 29	21 a 33	21 a 33
Bajo	30 a 40	34 a 45	34 a 45

Fuente: Elaboración propia

Para la Tabla 3. Se puede observar que, en el caso de Amabilidad y Responsabilidad, se incluyó un valor adicional en el grupo medio, como una medida conservadora, a fin de evitar posibles sesgos en los resultados.

Los datos recalculados se muestran a continuación en la Tabla 4:

Tabla 4.
Distribución de frecuencias por variable en tres rangos (N = 299).

	Extraversión	Amabilidad	Responsabilidad
Bajo	3	0	0
Medio	111	51	114
Alto	185	248	185

Fuente: Elaboración propia

Con base en estos datos, se calculó la c^2 de cada escala, obteniéndose los resultados que se presenta en la Tabla 5.

Tabla 5.Resultados de χ^2 para los grupos bajo, medio y alto, por factor (N = 299, gl = 2)

Factores	χ^2 obtenida
Extraversión	168.107**
Amabilidad	344.194**
Responsabilidad	174.789**

* $p < 0.01$, ** $p < 0.001$. Fuente: Elaboración propia

Con estos resultados, se identifica una diferencia estadísticamente significativa para cada una de las tres escalas consideradas y, en particular, para Amabilidad. Es decir, que las personas tienden a preferir a las personas con esta característica y, en segundo lugar, a las personas responsables y extravertidas.

Discusión y Conclusiones

En el análisis final se puede concluir que las hipótesis nulas, fueron rechazadas. Es decir, que hay una diferencia estadísticamente significativa en el grado de atracción hacia las personas, dependiendo de sus rasgos de personalidad: Extraversión, Amabilidad y Responsabilidad, prefiriéndose a quienes muestran altas calificaciones en estos factores, conforme a los resultados de correlación y ji cuadrada.

Estos resultados coinciden con los hallazgos de Jensen-Campbell y colaboradores (2002), que mostraron una mayor aceptación, en alumnos de secundaria, de quienes puntuaban alto en las escalas de Amabilidad y Extraversión, y los de Nikitin y Freund (2015), quienes encontraron que los individuos se sienten atraídos a personas Amables y Extravertidas, aunque no evitan a quienes no presentan este último rasgo.

Los resultados del presente estudio son igualmente consistentes con los hallazgos de Back et al. (2010), quienes encontraron que los Extravertidos fueron evaluados más positivamente en términos de atracción al momento de conocerse.

Por último, los hallazgos de esta investigación son también consistentes con los resultados de Campbell et al. (2015), quienes confirmaron que los participantes Amables y Responsables experimentan “química de amistad”.

Estos hallazgos sugieren que, en efecto, puede ser valioso explorar maneras de integrar socialmente a personas Introversas, Antagonistas y Carentes de Dirección, fomentando el aprecio por sus cualidades o bien, ayudándoles a desarrollar habilidades relacionadas con la Extraversión, Amabilidad y Responsabilidad, lo que puede también contribuir a aumentar su satisfacción en relaciones de pareja (Schaffhuser et al., 2014), su sentido de bienestar subjetivo (Desnevé y Cooper, 1998) y su capacidad de aprendizaje (Varela et al., 2011).

Sin embargo, esta investigación tiene algunas limitaciones, ya que se realizó en una Universidad privada de Huixquilucan, Estado de México, con una muestra no probabilística y la mayoría fueron mujeres de psicología. Por otra parte, para medir la atracción interpersonal y los rasgos de personalidad se usó un instrumento, el BFI-3A, en que se reporta directamente qué tan atractivos resultan los individuos que presentan características relacionadas con los factores estudiados, en lugar de diferenciar entre la medición del rasgo y lo atractivo del mismo, al tiempo que una de las escalas, Amabilidad, presentó un coeficiente alfa de Cronbach inferior a .700.

Cabe también destacar que casi nadie reportó atracción hacia personas con baja Extraversión, Amabilidad o Responsabilidad, lo que puede reflejar que son, en efecto, percibidas como poco atractivas o bien, que hubo sesgos atribuibles a la escala utilizada. Por ello, será conveniente replicar el estudio y verificar, mediante escalas de control o con un formato distinto de respuesta, que sus hallazgos son válidos.

Referencias

- Back, M., Schmukle, S. & Egloff, B. (2010). A closer look at first sight: Social relations lens model analysis of personality and interpersonal attraction at zero acquaintance. *European Journal of Personality*, 25(3), 225-238.
- Benet-Martínez, V., & John, O. P. (1998). Los Cinco Grandes across cultures and ethnic groups: Multitrait multimethod analyses of the Big Five in Spanish and English. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 729-750.
- Campbell, K., Holderness, N., & Riggs, M. (2015). Friendship chemistry: An examination of underlying factors. *The Social Science Journal*, 52(2), 239- 247.
- Costa Jr., P. T., McCrae, R. R., & Dye, D. A. (1991). Facet scales for Agreeableness and Conscientiousness: A revision of the NEO Personality Inventory. *Personality and Individual Differences*, 12(9), 887-898.

- Digman, J. M. (1990). Personality structure: Emergence of the Five-Factor Model. *Annual Review of Psychology*, 41, 417-440.
- Goldberg, L., (1993). The structure of phenotypic personality traits. *American Psychologist*, 48(1), 26-34.
- Jensen-Campbell, L. A., Adams, R., Perry, D. G., Workman, K. A., Furdella, J. Q., & Egan, S. K. (2002). Agreeableness, Extraversion, and peer relations in early adolescence: Winning friends and deflecting aggression. *Journal of Research in Personality*, 36(3), 224-251.
- Jensen-Campbell, L. & Malcolm, K. (2007). The Importance of Conscientiousness in adolescent interpersonal relationships. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 33(3), 368-383.
- John, O. P., Donahue, E. M., & Kentle, R. L. (1991). The Big Five Inventory--Versions 4a and 54. Berkeley, EUA: University of California, Berkeley, Institute of Personality and Social Research.
- John, O. P., Naumann, L. P., & Soto, C. J. (2008). Paradigm shift to the integrative Big-Five trait taxonomy: History, measurement, and conceptual issues. En O. P. John, R. W. Robins, & L. A. Pervin (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 114-158). Nueva York, EUA: Guilford Press.
- John, O. & Srivastava, S. (1999). The Big Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. En L. A. Pervin & O. P. John (Eds.). *Handbook of personality: Theory and research* (Vol. 2, pp. 102-138). Nueva York, EUA: Guildford Press.
- Leal, I., Vidales, F., y Vidales, I. (1997). *Psicología General*. Ciudad de México: Limusa.
- McCrae, R. R., & Costa Jr., P. T. (1987). Validation of the Five-Factor Model of personality across instruments and observers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(1), 81-90.
- Nikitin, J., & Freund, A. M. (2015). The indirect nature of social motives: The relation of social approach and avoidance motives with likeability via extraversion and agreeableness. *Journal of Personality*, 83(1), 97-105.
- Schaffhuser, K., Allemand, M., & Martin, M. (2014). Personality traits and relationship satisfaction in intimate couples: Three perspectives on personality. *European Journal of Personality*, 28, 120-133.
- Varela, O. E., Carter III, J. J., & Michel, N. (2011). Similarity Attraction in Learning Contexts: An Empirical Study. *Human Resource Development Quarterly*, 22(1), 49-68.

INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN DE DOCTORES: NUEVOS RETOS INSTITUCIONALES

RESEARCH AND TRAINING OF DOCTORS: NEW INSTITUTIONAL CHALLENGES

“Son cosas chiquitas. No acaban con la pobreza, no nos sacan del subdesarrollo, no socializan los medios de producción y de cambio, no expropián las cuevas de Alí Babá. Pero quizá desencadenen la alegría de hacer, y la traduzcan en actos. Y al fin y al cabo, actuar sobre la realidad y cambiarla, aunque sea un poquito, es la única manera de probar que la realidad es transformable”.

Eduardo Galeano 1940-2015

ALEJANDRO GONZÁLEZ-GONZÁLEZ¹
 Universidad Anáhuac México Campus Norte

RESUMEN

La producción del conocimiento se ubica como una de las tareas primordiales de toda institución académica y/o de investigación, entiéndase esta última como aquellos institutos diseñados para este fin. Dichas instituciones involucran diversos actores, por un lado, los tutores que acompañan a los alumnos a lo largo del proceso de construcción de nuevas propuestas teórico-metodológicas, y por otro, los factores institucionales, que de manera conjunta, plantean el entendimiento de tres ejes sobre los cuales se desarrolla el presente trabajo: a) Construcción de líneas de investigación institucionales, b) Generación de líneas de pensamiento propias y c) Mecanismos de vinculación entre aprendizaje, investigación y producción. Tales ejes son abordados no de manera aislada pero si independiente, en un intento por responder a preguntas fundamentales como son: ¿qué implica abordar el tema de la formación de Doctores?, ¿se trata de un proceso distinto sólo en la dimensión cognitiva? ¿Se trata de un proceso o de un resultado?. Es así que se abordan conceptos vinculados a este campo, el de la generación de conocimientos, atravesando por los planteamientos de algunos teóricos que han aportado una serie de reflexiones en torno a esta importante labor, de forma tal que se contribuya en la comprensión de una de las funciones más importantes de nuestras instituciones, vinculadas al campo social, donde irremediablemente cobran vida nuestros hallazgos.

Palabras Clave: *Investigación, Doctorado, Educación, Formación en Posgrado.*

¹ alejandro.gonzalezg@anahuac.mx

Abstract

The production of knowledge is one of the primary tasks of any academic and/ or research institution, understanding the latter as those institutes designed for this purpose. These institutions involve diverse actors, on one hand, the tutors who accompany the students throughout the process of construction of new theoretical-methodological proposals, and on the other, the institutional factors, that overall, raise the understanding of three axes on which the present work is developed: a) Construction of institutional research lines, b) Generation of own lines of thought and c) Mechanisms of linkage between learning, research and production. Such axes are approached not in an isolated but independent way, in an attempt to answer fundamental questions such as: ¿what does it mean to address the subject of the training of Doctors?, ¿Is it a different process only in the cognitive dimension? ¿Is it a process or an outcome? It is thus that concepts related to this field are approached, that of the generation of knowledge, going through the approaches of some theorists who have contributed a series of reflections on this important work, so that it contributes in the understanding of one of the most important functions of our institutions, linked to the social field, where our findings irreparably come to life.

Key Words: *Research, Doctorate, Education, Postgraduate Training*

Introducción

De acuerdo a la tendencia mundial, en la mayoría de los países se reconoce la necesidad de organización, operación y resolución de los problemas sociales, apoyados en el conocimiento que produce la ciencia, se reconoce también, la importancia de la inversión en materia de investigación, como uno de los pilares del crecimiento económico y mejora de las condiciones sociales; lo que obliga a nuestro país a realizar una apuesta por una vía de desarrollo exitosa, por lo que es necesario poner en el centro de la política pública el factor ciencia como palanca para el desarrollo. Por tanto, la educación de los científicos se vuelve un tema central para el país (Pino & Drucker, 2006). De tal forma, el objetivo del presente artículo, es llevar a cabo un análisis de algunos de los aspectos fundamentales en la formación de Doctores en el campo de la investigación, de forma tal que se respondan preguntas vinculadas al quehacer científico.

En el mundo actual, se hace cada vez más evidente la relación sinérgica entre el desarrollo socioeconómico de un país y el nivel de conocimientos científicos y tecnológicos aplicados en la resolución de sus problemas prioritarios y en la generación de riqueza. Los países altamente desarrollados consideran al conocimiento y su poder de transformación económico y social como uno de sus mayores y más preciados bienes, por lo que decidieron incrementar su capital humano, científico, tecnológico y cultural para mejorar significativamente su presencia y competitividad a nivel internacional. La velocidad con la que se generan nuevos conocimientos y la complejidad de los retos para mejorar de manera sostenida la calidad de vida de la población, suponen la necesidad insoslayable de incrementar las capacidades internas para hacer frente a estas nuevas circunstancias en torno al desarrollo integral (Sistema de Centros Públicos de Investigación, 2012).

Por otra parte, y congruente con estos argumentos, el Plan Nacional de Desarrollo 2013 – 2018, incorpora la creación de indicadores que reflejen la situación del país en relación con los temas considerados como prioritarios para darles puntual seguimiento y conocer el avance en la consecución de las metas establecidas y, en su caso, hacer los ajustes necesarios para asegurar su cumplimiento (Plan Nacional de Desarrollo 2013 – 2018).

Es por ello, que integrar los esfuerzos de diferentes instituciones educativas, centros de investigación, organismos públicos, empresas, personas físicas

y morales del sector público como del privado, a fin de promover el desarrollo y la vinculación de la ciencia básica y la innovación tecnológica, son tarea fundamental en la cultura general de cualquier sociedad, la cual recae en diversos actores de distintos niveles y cuyos objetivos pudieran ser:

- Generar conocimiento científico y promover su aplicación a la solución de problemas nacionales.
- Formar recursos humanos de alta especialización, sobre todo a nivel de posgrado.
- Fomentar la vinculación entre la academia y los sectores público, privado y social.
- Promover la innovación científica, tecnológica y social para que el país avance en su integración a la economía del conocimiento.
- Promover la difusión y la divulgación de la ciencia y la tecnología en las áreas de competencia de cada uno de los participantes.
- Fomentar y promover la cultura científica, humanística y tecnológica de la sociedad mexicana.

Esto demanda la sinergia institucional, la congruencia política y la responsabilidad social, a pesar de las condiciones adversas en muchos de los escenarios, así como la implementación de los hallazgos a la vida social en el campo de la investigación, producto de una transferencia de conocimientos acorde a las necesidades identificadas.

Históricamente se han generado dos ideas respecto al conocimiento, la primera de ellas tiene que ver con la síntesis, presente en las diversas visiones del conocimiento, la otra, tiene que ver con los procesos de integración instrumental del conocimiento. Lenoir (1995, 2004) define ambas perspectivas como la doble visión de las finalidades de la investigación. El enfoque de síntesis busca la unidad del saber y sus preocupaciones son de orden filosófico y epistemológico, mientras que la perspectiva instrumental recurre a un saber directamente útil para responder a cuestiones y problemas sociales contemporáneos (Lenoir, 2013).

Existen diversas entidades, a nivel público y privado, que de manera conjunta, buscan aprovechar y potenciar la naturaleza transversal de la ciencia, la tecnología y la innovación como factores estratégicos en el proceso de generación y gestión del conocimiento, mediante un enfoque hacia la construcción de capacidades al servicio de la sociedad. Se trata de generar productividad en investigaciones científicas y tecnológicas, así como en el diseño de procesos de innovación, con una orientación hacia los sectores público, social y privado en diferentes campos temáticos de las ciencias exactas y naturales, ciencias sociales y humanidades, las ingenierías y tecnologías, siendo su eje central la formación de capital intelectual con alto nivel de especialización, tarea nada fácil en estos tiempos.

De acuerdo con Amozurrutia y Maass (2013), habrá que reconocer que los problemas del mundo actual son cada día más interdefinibles por su naturaleza heterogénea y por la forma en que los estamos concibiendo. Estos problemas exigen nuevas formas de articulación, distintos caminos para la vinculación entre diversos aspectos, que pueden ir desde lo ético hasta lo económico, pasando inclusive por cuestiones políticas.

Bajo esta perspectiva del quehacer científico, la idea de la innovación se entendería de la siguiente manera:

[...] la innovación es una actitud cultural que se sustenta en el conocimiento del mundo que provee la ciencia, y que posibilita por un lado generar, y por otro sacarle partido, a las herramientas conceptuales y tecnológicas de las que disponemos, identificar problemas, encontrar las soluciones apropiadas y tener la capacidad de transferir estas soluciones a otros contextos o a otros problemas. Es decir, podemos crear o modificar distintas soluciones a fin de ponerlas en circulación, pero ellas se sustentan en un saber que ha llegado a su fase creativa como resultado del aprendizaje acumulado y de la maduración alcanzada por ese saber. (“Ciencia y desarrollo en Chile...”, 2005, p. 1.)

Sin embargo, uno de los mayores riesgos en este quehacer científico, es seguir construyendo conocimiento aislado, fragmentado y egoísta, etapa que pareciera haberse superado desde los años 30 con la propuesta del enfoque interdisciplinario, tan solo unas décadas después del inicio de la Física cuántica (1900) y casi a la par del desarrollo de la Cibernética (1942). Para Díaz Barriga, el desarrollo del conocimiento de forma fragmentada se remonta al renacimiento y se relaciona con la concepción causalista e instrumental de las

ciencias. La orientación general de la ciencia desde el Renacimiento ha sido actuar sobre las cosas, o sea, operar instrumentalmente sobre la realidad. Este elemento permitiría entender por qué la ciencia desde Galileo tiende a buscar la explicación causal, en su criterio de actuar utilitariamente sobre la naturaleza. Este interés pragmático, mecánico causalista, que no va a preguntar ya el por qué, y para qué últimos, sino el cómo más inmediato de los fenómenos (Díaz Barriga, 1992, p. 146)

Nuestro conocimiento parcelado produce ignorancias globales y nuestro pensamiento mutilado conduce a acciones mutiladoras. A ello se añaden las limitaciones 1) del reduccionismo, que simplifica el conocimiento de unidades complejas al de los elementos, supuestamente sencillos, que las constituyen; 2) del binarismo, que descompone en verdadero/falso lo que es parcialmente verdadero o parcialmente falso o, a la vez, verdadero y falso; y 3) de la causalidad lineal, que ignora los bucles retroactivos (Morin, 2001).

Este modelo de producción de conocimiento se ha venido transformando: se vinculan las disciplinas y especialidades con distintos grados de interacción, que en conjunto, atienden temas que las atañen, gracias a las influencias de las otras áreas modifican sus métodos y conceptos. Se relacionan no sólo investigadores de campos distintos, también de diversas instituciones y países. Los problemas se ven como un todo o como parte de un todo, de manera tal que antes que nada, se busca comprender, medir consecuencias y después actuar. Este cambio se constata en los emplazamientos del modelo de organización institucional, los cuales incorporan el componente de la transferencia del conocimiento al terreno aplicado.

Es así que debemos pensar que las formas y mecanismos existentes para dicha transferencia, atraviesan por diversas complicaciones, estas van desde la comunicación de los hallazgos de las investigaciones, hasta la puesta en práctica de políticas, programas, métodos, instrumentos o procedimientos en la realidad social en que se inscriben, caracterizada fundamentalmente por escasez de recursos económicos para su implementación, seguimiento y evaluación.

Ulrich Beck dice que el conocimiento que tenemos del mundo, con ayuda de la tecnología y de la administración de los riesgos, no hace de éste un lugar más seguro, sino más fiable. Desde una perspectiva reflexiva, el riesgo no se asume como una pretensión de mantener un control sobre lo que pueda suceder, ni garantizar una seguridad (seguridad versus fiabilidad), es en cambio una forma de admitir una capacidad cada vez más mermada sobre ese control y la imposibilidad contemporánea de afirmar la certeza total de algo.

Por otra parte, y respecto al proceso de formación Doctores, actividad fundamental en el desarrollo de nuevos conocimientos, el presente trabajo realiza un análisis en función de tres ejes fundamentales: a) Construcción de líneas de investigación institucionales, b) Generación de líneas de pensamiento propias y c) Mecanismos de vinculación entre aprendizaje, investigación y producción.

En primer lugar, ¿qué implica abordar el tema de la formación de Doctores?, ¿se trata de un proceso distinto sólo en la dimensión cognitiva? ¿Se trata de un proceso o de un resultado?, estas son algunas de las preguntas que surgen cuando intentamos comprender lo que se pone en juego durante dicho proceso. Si bien, la capacidad de la ciencia para reconocer sus propios límites la caracteriza como una forma de conocimiento más confiable. Esta evaluación, a la vez, le permite generar nuevas preguntas, resolviendo asuntos que previamente ni siquiera se planteaban como problemas; construye, pues, nuevas incertidumbres. Se trata entonces de la búsqueda de verdades en evolución. Por ello, esta forma de conocimiento es capaz de ofrecer los elementos para construir sociedades mejores y posibles. Es aquí donde se inserta el papel del investigador, como un actor en la propia transformación social.

Una de las obligaciones de las Instituciones que han decidido participar en la formación de investigadores a nivel Doctorado, debe consistir en la generación de Líneas de investigación propias de la Institución (léase Universidad o Instituto), las cuales permitan una proyección en la producción permanente de conocimientos en un área específica. Líneas sólidas, capaces de mantenerse y evolucionar, de generar nuevas teorías (o aproximaciones a teorías existentes) y nuevas formas de pensar problemáticas actuales; pensadas de forma tal que favorezcan la integración de equipos de investigación sólidos, los cuales garanticen la consecución de resultados y la permanencia de la línea a través del tiempo; dichas líneas de investigación, deberán contar con una significación específica sobre los problemas que atienden, como procesos institucionales, esto solo será posible a través de múltiples confrontaciones epistemológicas, con independencia de la teoría general, lo que irremediamente permitirá la emergencia de nuevos significados de la teoría, lo cual es fundamental para el crecimiento de la misma (González Rey, 1993, 2009, 2013).

Para desarrollar ciencia y formar científicos capaces de generar conocimiento útil, son básicas y necesarias condiciones institucionales que favorezcan la creatividad, la originalidad y la libre circulación de las ideas en un contexto institucional. Se piensa que la autonomía es un valor institucional de suma

importancia para el desarrollo del conocimiento científico, en la medida en la que no se puede hacer ciencia sin la libertad para pensar, cuestionar, criticar, poner a prueba, refutar, contrastar y a su vez sostener una comunidad de difusión, discusión y diálogo.

Todas estas actividades del pensamiento humano son sustanciales para producir conocimiento (Drucker & Pino, 2006).

Para Bourdieu, en cambio, el hecho de que los científicos hagan uso de estrategias y procedimientos específicos para realizar y comunicar sus actividades no implica una construcción de la realidad, sino que prueba solamente el carácter inseparablemente científico y social de sus prácticas, sin detrimento de su búsqueda de la verdad ni de la aplicación de procedimientos racionales.

Tales estrategias poseen siempre un carácter a la vez científico y social: la acumulación de capital científico en la forma de conocimiento y reconocimiento, necesario para lograr una mejor posición en la estructura del campo, debe procurarse a partir del trabajo científico de calidad. Este es uno de los rasgos diferenciales del campo, ya que aquí son los propios competidores científicos quienes otorgan el reconocimiento: por ser ellos mismos quienes buscan a su vez ser reconocidos, acumulan los conocimientos y el capital necesarios para criticar a sus colegas. Esto rompe con la idea de una comunidad científica unida por la búsqueda desinteresada de la verdad; lo que aparece, en cambio, es un campo unido tanto por sus valores como por sus luchas, en el cual científicos, instituciones y disciplinas a veces se disputan el monopolio de la representación legítima de lo real y procuran acrecentar su capital científico; la predisposición a la ruptura o a la estabilidad dependerá de la posición que cada actor ocupa en el campo. Esta lucha es la que motoriza el cambio científico, con la particularidad de que, en este campo, aun los movimientos de ruptura deben conservar las adquisiciones obtenidas a lo largo de la historia.

Se trata por tanto, de no fomentar una cultura que rompa con las intenciones del alumno por cuestionar, por replantear las formas en las que nos venimos aproximando a un fenómeno o a una teoría; y por tanto, generar nuevas propuestas, ya que en ocasiones, el alumno puede errar en sus concepciones y propuestas, al no alcanzar en un primer momento de su formación doctoral, un posicionamiento teórico frente al fenómeno que le ocupa, es tarea del tutor, conducirlo al conocimiento y al tránsito por diversas teorías y planteamientos epistémicos, de forma tal, que sea capaz de generar una línea de pen-

samiento propia como justificación de su propuesta de trabajo (segundo eje de este análisis), no sin antes olvidar el interés común, ya que en el momento en que olvidamos el bien común, nos convertimos en parte del problema; tal y como lo propone Freyre (1980): Enseñar no es transferir conocimiento, sino crear las posibilidades para su propia producción o construcción; por tanto, el diálogo no impone, no manipula, no domestica, no esloganiza.

Esta responsabilidad, la de construir una línea de pensamiento propio capaz de generar sus propios problemas, apoyada en la capacidad de crítica, diálogo y tensión; tendrá como característica fundamental, rebasar la necesidad de la mera realización de una investigación durante tres o cuatro años; es decir, que el producto (tesis doctoral) no deberá someter al pensamiento, sino ser un conducto que le permitirá al alumno, registrar, discutir y confrontar sus planteamientos. Para ello, el alumno será capaz de construir los recursos y el nivel de cultura necesarios para poder transitar por diversas teorías, de tal forma que pueda posicionarse teóricamente frente al fenómeno que lo ocupa. Sin embargo, no debe de entenderse esto como un alejamiento de la teoría, sino todo lo contrario, se busca dotar al alumno de los elementos necesarios para poder repensar dichas teorías; el problema no es repetir a los fundadores o pensadores originales, sino abrir nuevos espacios de significación para las grandes teorías que quedaron en un determinado punto, sobre nuevos problemas y nuevos contextos, lo que obligatoriamente va a exigir una producción de pensamiento diferente. De lo contrario, se harán investigaciones con una completa ausencia de teorías, o se asumirán las teorías como un dogma de fe, donde se terminan presionando los resultados o los procesos de nuestro saber para incrustarlos en categorías apriorísticas (González Rey, 1997, 2008, 2013).

Finalmente, en lo que respecta a la creación de mecanismos de vinculación entre aprendizaje, investigación y producción, habrá que considerar el papel del diálogo como modo de construcción de sentidos de unos y otros (estudiantes de Doctorado/investigadores), como base de toda comunidad científica, donde existe legitimidad y pertenencia común pero también habrá lugar para la tensión y diversidad simultáneas, un espacio que supone la producción de nuevos conocimientos, nuevas formas de convivencia, estilos vinculares y valores que no son admisibles en una cultura de la complacencia y del supuesto saber.

Desde esta perspectiva la tarea de transformar la educación lejos de ser una cuestión técnico-pedagógica es fundamentalmente política (entendiendo lo

político como la gestión de las posibilidades de convivencia de los seres humanos entre sí y con su entorno). Desde esta mirada, los conocimientos desarrollados en la Academia resultan un abono vital para estimular y potenciar las actividades creativas del alumno, en un proceso que quizá tenderá de manera sostenida a la eliminación de fronteras y muros, creando nuevas configuraciones más abiertas al intercambio.

El reconocimiento y la valoración de la diversidad y la capacidad de todos los actores educativos no pueden pensarse al margen de la forma que adopten los vínculos dentro de la escuela y entre ésta y la comunidad. La institución educativa puede jugar un papel clave en el camino hacia una sociedad globalizada marcada por el signo de la homogeneidad y exclusión o por el reconocimiento y la valoración de la diversidad en un marco de convivencia donde todos quepan.

En el aula, la tarea principal consistirá en aceptar el desafío de una educación que no se limite a transmitir los valores y conocimientos del pasado sino a investigar y crear nuevos saberes y prácticas, una educación para un mundo que reconoce la emergencia de lo nuevo, que admite y valora la transformación y la creatividad tanto como la herencia cultural. Para lograrlo es imprescindible salir de los esquemas intramuros, multiplicar los lazos de la escuela con la comunidad particularmente, pero no exclusivamente, con otras instituciones y ámbitos educativos---. Esta estrategia propiciará aprovechar el caudal de conocimientos que fluye a través de las redes sociales y tecnológicas (Najmanovich, 2008).

La reforma del conocimiento exige una reforma del pensamiento, la cual tiene un carácter epistemológico y reflexivo. Epistemológicamente, se trata de sustituir el paradigma que impone conocer por disyunción y reducción por un paradigma que exija conocer por distinción y conjunción. La reintroducción de la reflexividad requiere un retorno permanente, autoexaminador y autocrítico del pensamiento sobre sí mismo (Morin, 2001a, 2001b).

Conclusión

Un doctorado contribuye a potenciar el desarrollo de toda Universidad, esto implica una armonía entre aprendizaje, investigación y producción, estimulando a su vez, una docencia con una calidad superior, en la medida en la

que se incorporen a los docentes del Doctorado a alguna de las líneas de investigación institucionales, al tiempo que se favorecerá que el alumno tenga una dimensión de lecturas y de comprensión teórica que le permitan levantar una serie de reflexiones y cuestiones relacionadas a su problema, con reflexiones propias sobre un tema, esto con la intención de que el alumno no solo deberá salir dominando la investigación que hizo, sino dominando el campo dentro del cual se expresa el problema que investigó (González Rey, 2008, 2013). No se puede producir pensamiento si no se tiene un diálogo con las teorías que han trabajado en el campo donde uno pretende producir pensamiento.

No podemos pedir una autoría totalmente novedosa, pero si podemos pedir la investigación de un problema que cobra significado particular en una línea donde ese problema no tenía, antes de ese trabajo de doctorado, un espacio claro en las producciones de esa línea de pensamiento, el lugar social del doctor está en participar en proyectos de gestión, acción y conocimiento que van a tener un impacto sobre los cambios y desafíos de la vida social. Siguiendo a González Rey (2013), se tratará de crear una memoria relevante que nos permita seguir teorizando.

El conocimiento nunca es el recurso de la solución, es apenas un instrumento del proceso donde emergen soluciones y alternativas. Esto es, nuevas producciones que permitan resolver una situación. Por último, valdría la pena citar a Lewin (1946) quien expresó: No hay mejor práctica que una buena teoría¹.

Referencias

- Amozurrutia, J. y Maass, M. (2013). Sistemas sociales e investigación interdisciplinaria: una propuesta desde la Cibercultur@. *Interdisciplina*. 1, 141- 170. "Ciencia y Desarrollo en Chile: consideraciones para el debate", Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico, Santiago, octubre 2005, consultado en <http://www.fondecyt.cl/DOCUMENTOS/FINAL%20CIENCIA1.doc>
- Díaz Barriga, Epistemología y objeto pedagógico. ¿Es la pedagogía una ciencia?, Carlos Ángel Hoyos M. (coord.), CESU/UNAM, México, 1992, 148 pp.
- Federal, P. E. (2013). Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. México: Secretaría de Gobernación.

¹ La difusión de la frase en el S. XX parece deberse en gran medida a Kurt Lewin, aunque su origen es anterior, y su rastreo fiable lleva hasta James Clerk Maxwell.

- Freyre, P. (1980). *Pedagogía del oprimido Siglo XXI*. México: Ediciones SA.
- González Rey, F. (1983). *Motivación moral en adolescentes y jóvenes*. La Habana: Editorial Científico Técnica, 6-25.
- González Rey, F. (1993). *Adolescencia estudiantil y desarrollo de la personalidad*.
- González Rey, F. (1997). *Epistemología cualitativa y subjetividad*. EDUC-Editora da PUC-SP .
- González Rey, F. (2008). *Psicología y Arte: Razones teóricas y epistemológicas de un desencuentro*. Tesis psicológica: Revista de la Facultad de Psicología, (3), 140-159.
- González Rey, F. (2009). *Epistemología y Ontología: un debate necesario para la Psicología hoy*. Diversitas, 5(2), 205-224.
- González Rey, F. (septiembre, 2013). Conferencia “La formación doctoral en América Latina: desafíos, implicaciones y nuevos desarrollos”, llevada a cabo por parte del Programa de Psicología de la Universidad de San Buenaventura Cali – Colombia.
- Lenoir, Y. (1995): «L'interdisciplinarité: aperçu historique de la genèse d'un concept», en Cahiers de la recherche en éducation, 2, 1, pp. 1-39.
- Lenoir, Y. & Hasni, A. (2004). *La interdisciplinaridad por un matrimonio abierto de la razón, de la mano y del corazón*. Revista Iberoamericana de Educación, 35, 167-185.
- Lenoir, Y. (2013). *Interdisciplinariedad en educación: una síntesis de sus especificidades y actualización*. Interdisciplina, 1, 51-86.
- Lewin, K. (1946). *Action research and minority problems*. Journal of social issues, 2(4), 34-46.
- Morin, E. (1998). *El método 3. El conocimiento del conocimiento*. Madrid España: Cátedra.
- Morin, E. (2001a). *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro*. Barcelona: Paidós.
- Morin, E. (2001b). *El método V. La humanidad de la humanidad*. Madrid: Cátedra.
- Najmanovich, D. (2008). *Mirar con nuevos ojos. Nuevos paradigmas en la ciencia y pensamiento complejo*. Buenos Aires Argentina: Biblos.
- Pino Farías, Angélica; Drucker Colín, René. (2006). *Universidades e innovación*. Reencuentro, mayo, Sistema de Centros Públicos de Investigación Conacyt, Libro del año 2012 Blog Con-ciencia El Universal, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, México, D.F., 84 pp.

INDICACIONES A LOS AUTORES

La revista El Psicólogo Anáhuac invita a alumnos, maestros y profesionistas de la Psicología y ciencias afines a colaborar en las publicaciones semestrales de ésta.

Los trabajos serán sometidos a dictamen por el Comité Editorial de la Revista y aquellos que sean aceptados deberán ser inéditos y no estar siendo considerados para publicación en ninguna otra revista.

Se aceptarán artículos de investigación, revisiones bibliográficas, ensayos, etcétera, relacionados con la Psicología y ciencias afines. Los resultados de los trabajos deberán estar debidamente fundamentados y en su caso, apoyados por el análisis estadístico pertinente.

Lineamientos

Los trabajos deberán enviarse al Centro Anáhuac de Investigación en Psicología (CAIP) de la Universidad Anáhuac México escritos en español de forma clara y concisa.

El artículo debe acompañarse de una carta firmada por el autor o los autores del trabajo, solicitando la publicación del mismo en la revista.

Los autores deben enviar el artículo en formato Word, en fuente Arial 11 a doble espacio, con márgenes de 2.5 cm de cada lado. La extensión máxima del trabajo será de 25 cuartillas. Las páginas deberán numerarse en forma consecutiva comenzando con la del título.

Los artículos deben enviarse a cualquiera de los siguientes correos electrónicos:

alejandro.gonzalezg@anahuac.mx

Formato

El artículo debe incluir cinco palabras clave, tanto en español como en inglés y serán estructurados de la siguiente forma:

Título del trabajo (español e inglés) Autor(es)

Adscripción institucional Correo de contacto

Resumen: con una extensión no mayor a 250 palabras, presentado en español e inglés.

Introducción: antecedentes, objetivos y justificación del trabajo.

Material y Método: desarrollo experimental, técnicas y métodos utilizados.

Resultados: cuantitativos o cualitativos.

Discusión y conclusiones: síntesis y análisis de los resultados obtenidos.

Referencias bibliográficas: formato APA, sexta edición.

